

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO
V OLOMOUCI**

KATEDRA PSYCHOLOGIE

BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc, 2011

Lukáš Szlaur

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

MOTIVACE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

**MOTIVATION OF HEALTHCARE STAFF OF NON-MEDICAL
PROFESSIONS**

Bakalářská diplomová práce

Autor: Ing. Lukáš Szlaur

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité podklady jsou uvedené v literatuře.

V Třinci 13. 3. 2011

.....

Dovoluji si poděkovat docentu PhDr. Zdeňku Vtípilovi za odborné vedení a užitečné metodické rady, které mi při práci poskytl.

Zároveň děkuji za podporu managementu a pracovníkům zdravotnického zařízení, kde probíhal sběr dat pro výzkum.

V neposlední řadě chci za podporu poděkovat mé ženě Šárce.

OBSAH:

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Některé současné ekonomické, sociální a psychologické problémy zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.....	10
1.1. Aktuální problémy současného zdravotnictví dle českých médií	10
1.2. Stručný nástin vývoje zdravotnictví a postavení zdravotní sestry	11
1.3. Role zdravotní sestry a vybrané determinující aspekty	13
1.3.1. Role zdravotní sestry a vztah k pacientovi	13
1.3.2. Subjektivní a objektivní stránka nemoci	15
1.3.3. Lidské potřeby v práci sestry	16
1.3.4. Konflikt v práci zdravotní sestry	17
1.4. Závěrem k první tematické kapitole.....	17
2. Motivace.....	19
2.1. Základní pojmy a vzájemné vztahy	19
2.2. Motivační proces.....	20
2.3. Zdroje motivace	21
3. Pracovní motivace.....	23
3.1. Základní souvislosti a schematický model.....	23
3.2. Základní teorie motivace s vazbou na pracovní oblast	25
4. Pracovní spokojenost	29
4.1. Definice a základní vymezení	29
4.2. Další přístupy k pracovní spokojenosti.....	31
4.2.1. Pracovní spokojenost a pracovní úspěšnost	31
4.2.2. Pracovní spokojenost a intenzita řízení a strukturovanosti úkolu	32
4.2.3. Pracovní spokojenost a výkon.....	33
4.2.4. Pracovní spokojenosti ve vztahu k dalším činitelům pracovní situace	34
5. Stres a syndrom vyhoření.....	36
5.1. Úvodem ke stresu	36
5.2. Úvodem k syndromu vyhoření.....	37
5.3.1. Syndrom vyhoření a nástin vývoje	38
5.3.2. Symptomy syndromu vyhoření	39
5.3.3. Dopady syndromu vyhoření na organizaci.....	40
6. Některé související výzkumy	42

VÝZKUMNÁ ČÁST	45
7. Metodologický rámec výzkumu	46
7.1. Problém, cíle, hypotézy	46
7.1.1. Formulace problému	46
7.1.2. Formulace cílů	47
7.1.3. Formulace hypotéz	47
7.2. Aplikovaná metodika	48
7.2.1. Dotazníky	48
7.2.2. Statistika	51
7.3. Popis zkoumaného souboru	53
7.4. Organizace šetření	57
7.5. Symbolika výsledkové části	58
8. Výsledky výzkumu	59
8.1. Základní výstupy šetření	59
8.1.1. Celkové srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích pracovní spokojenosti dotazníku DSZS	60
8.1.2. Rozdělení četností výsledků v dimenzi spokojenosti s vlastní prací (RJSB)	61
8.1.2. Rozdělení četností míry vyhoření u zkoumaného souboru	63
8.2. Některé vybrané koreláty	65
8.2.1. Významné koreláty věku	65
8.2.2. Významné koreláty seniority na oddělení	66
8.2.3. Významné koreláty seniority ve zdravotnickém zařízení	66
8.2.4. Významné koreláty CPSF	66
8.2.5. Významné koreláty RJSB	67
8.2.6. Významné koreláty BQ	67
8.3. K platnosti hypotéz	68
9. Diskuse	70
10. Závěr	75
11. Souhrn	77
SEZNAM LITERATURY	81
PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Tato bakalářská práce se ve svém obsahu vyjadřuje k současným ekonomickým, sociálním a psychologickým problémům pracovníků zdravotnických zařízení, k jejich motivaci a práci, pracovní spokojenosti a jejím determinujícím činitelům, jakož i k syndromu vyhoření.

Jako hlavní cílová skupina byla vybrána skupina zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, která zahrnuje zejména profesi všeobecné zdravotní sestry, ale také další zdravotnické profese jako například porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotní laborant, nutriční terapeut, fyzioterapeut, sanitář, radiologický asistent a další. Pro výrazně převažující četnost všeobecné zdravotní sestry mezi ostatními bude i následující text směřován nejvíce k této profesi.

Ve své práci budu vycházet z několika teoretických zdrojů, které se zabývají tematikou obsaženou v mém výzkumu. V první řadě se budu zabývat profesí zdravotní sestry (resp. zdravotnického pracovníka), jejím postavením ve zdravotnickém zařízení, typologií a vztahem zdravotní sestry k pacientovi.

Dále se budu zabývat pracovní motivací, jejími složkami a determinantami, stručně představím základní teorie motivace pracovního jednání. Budu se zabývat pracovními postoji včetně pracovní spokojenosti.

Poslední teoretickou oblastí, kterou budu pro svůj výzkum potřebovat otevřít, bude oblast stresové zátěže a syndromu vyhoření. Budu popisovat jeho vývoj, symptomy a dopady, a to ve vztahu k práci zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.

Druhá část bude představovat výzkum. Tento výzkum byl prodiskutován s vedením konkrétního zdravotnického zařízení. Proto by také výstupy z této práce mohly být ku prospěchu zejména manažerům zdravotnického personálu, tj. staničním sestřám, které řídí kolektivy zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků nelékařských oborů na odděleních. Dále pak vyššímu managementu, který vytváří podmínky pro výkon této nelehké profese.

Pokud se mi podaří najít průkazné korelace mezi pracovní spokojeností a určitými pracovními činiteli, bude je možné v daném zdravotnickém zařízení označit za determinanty pracovní motivace. Ty se mohou následně stát příležitostí pro vedoucí pracovníky k tomu, aby vylepšovali motivační prostředí jednak na svých odděleních, tak i v celém nemocničním zařízení.

Cílem práce tedy bude zjistit profilující postoje zdravotnických pracovníků jednoho zdravotnického zařízení, úroveň jejich spokojenosti s vlastní prací a úroveň syndromu vyhoření.

Tyto výstupy nemusí být užitečné pouze pro zkoumané zdravotnické zařízení. Je velmi pravděpodobné, že obdobná zdravotnická zařízení se budou potýkat s podobnými problémy. Proto lze výstupy mého výzkumu použít jako vodítka pro vedoucí pracovníky takovýchto zařízení, a to zejména při vylepšování pracovních podmínek. Zároveň lze použít metodiku práce použitou v mém výzkumu pro zjišťování motivace a pracovní spokojenosti zdravotnického personálu v jiných zdravotnických zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Některé současné ekonomické, sociální a psychologické problémy zdravotnických pracovníků nelékařských oborů

1.1. Aktuální problémy současného zdravotnictví dle českých médií

Říjen 2010 - Sestry vyhánějí z nemocnic špatné pracovní klima, někdy i peníze

„Špatné pracovní klima, neshody v týmu lékařů a sester, vlastní zdravotní problémy a situace v rodině jsou nejčastější příčinou úvah zdravotních sester o změně místa. Mnohým vadí také nízký plat, velká administrativní zátěž a náročnost práce spojená s únavou a vyčerpáním.“ (ČTK, 2010).

Leden 2011 - Jsme rukojmí lékařů, nařikají zdravotní sestry

"Jsme rukojmí doktorů, protože po nich budeme muset dát výpovědi i my. Tak hodnotí svoje současné postavení v lékařské akci Děkujeme odcházíme! zdravotní sestry v Plzeňském kraji. Jsou to stovky vystrašených žen, kterým vedení nemocnic nedalo celé týdny odpověď na jejich dotazy, zda si mají hledat práci jinde.“ (Mf DNES, 2011).

Únor 2011 - Sestry se mstí: Lékaři se již v práci nevyspí

„V rámci akce Děkujeme, odcházíme zvítězili lékaři. Vláda jim na rozdíl od zdravotních sester slíbila navýšení platů. A tak je čeká pomsta. I přesto, že lékaři svou protestní akcí Děkujeme, odcházíme dosáhli zvýšení platů, jejich pracovní podmínky jim znepříjemní zdravotní sestry, které podobné výhody nedosáhly. Některé sestry tak nyní podle serveru iDNES.cz údajně odmítají dělat práci za lékaře jako dosud. Lépe placení lékaři si podle nich svou práci mají dělat sami.“ (Parlamentní listy, 2011).

Únor 2011 - Výběr některých bodů z prohlášení České asociace sester

„Česká asociace sester bere na vědomí návrh memoranda ministra zdravotnictví a Lékařského odborového klubu. ... Hlavní důraz bude ČAS stále klást na aktivní spolupráci při přípravě zdravotnické reformy. ČAS bude rovněž žádat garanci ministra zdravotnictví v oblasti zvyšování platů ostatních zdravotnických pracovníků, zejména s ohledem na výhled roku 2012. Klíčové je, aby reformní kroky byly nastaveny tak, že přinesou dlouhodobý efekt a stabilitu jak pro pacienty, tak pro zdravotníky. ČAS se chce vyvarovat jakýmkoli krátkodobým řešením a nátlakovým akcím, které mohou ve svém důsledku celý systém destabilizovat.

Požadavky České asociace sester:

V souvislosti s přípravou reformy ČAS žádá významné posílení kompetencí všeobecných sester, zejména v segmentu primární péče, domácí péče a zdravotně - sociální péče. Tomu musí odpovídat odpovědnost všeobecných sester, ale i jejich plat;... ČAS podporuje protikorupční opatření v resortu zdravotnictví; ... ČAS je připravena spolupracovat při zpracování standardů poskytování;... Současně požaduje navýšení indexace ceny práce nelékařů, ta je dlouhodobě podhodnocena;... ČAS nabízí spolupráci při restrukturalizaci akutního lůžkového fondu;... ČAS žádá, aby úhradová vyhláška na rok 2012 finančně zohlednila přesun pacientů z lůžkové do domácí péče navýšením úhrad tomuto segmentu.“ (Česká asociace sester, 2011).

Tři úvodní citace z veřejných médií a výběr z únorového prohlášení České asociace sester stručně a přesto jasně nastiňují dynamiku problematiky českého zdravotnictví a s ním související jedné z profesí zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, zdravotní sestry.

1.2. Stručný nástin vývoje zdravotnictví a postavení zdravotní sestry

Pro pochopení dnešní role zdravotní sestry, jak píše Bartlová, je dobré pochopit některé aspekty, které determinovaly její vývoj. Prvotní profese zdravotní

sestry se objevila u charitativních středověkých hospitálů – institucí, které poskytovaly nejzákladnější péči pro nejchudší vrstvy, a to pod záštitou tehdejší církve. Později, od 1. pol. 19. století, došlo k diferenciaci na chudobince, špitály, starobince a sirotčince, kde se dále poskytovala péče bez lékaře, ale s jistou diferenciací klientů. S průnikem racionální medicíny do nemocnic přichází i lékař, který potřebuje schopného pomocníka – zdravotní sestru. Nemocnice se postupně a definitivně po 2. světové válce stávají místem vysoce kvalifikované lékařské péče.

První ošetřovatelská škola vznikla v roce 1860 v Anglii a od počátku se v ní prosazoval trend autonomního povolání. Klád se důraz na vysokou úroveň ošetřujícího personálu. Od ranních dob lze vysledovat 2 determinující trendy – nábožensko-charitativní a racionálně medicínský. Další vývoj profese zdravotní sestry je spojen s vpádem techniky do lékařství a specializací na jednotlivé nemoci a postižené orgány. To s sebou přineslo i jistý odklon od komplexního bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu k člověku, k pacientu, což se odrazilo i na práci sester a dalších zdravotnických pracovníků nelékařských oborů. (Bartlová, 1996).

Zajímavý je vývoj názvosloví. Uvádí se, že od roku 1914, kdy vstoupil v platnost ošetřovatelský zákon, se oficiálně užívá název pro profesi – diplomovaná ošetřovatelka/ošetřovatel. „Během komunismu v Československu bylo pojmenování ošetřovatelka nahrazeno označením sestra“ (Kozoň, Hanzalíková, 2010, s. 39).

Další profesionalizace, specializace a rozvoj nemocnic přinesl významné nároky v oblasti organizace práce. Aby byla spolupráce jednotlivých specialistů vůbec možná, sledovatelná a dokladovatelná, začaly narůstat požadavky na administraci a zvládnutí všude objevující se byrokracie. Administrativní práce je významnou součástí všech zdravotnických pracovníků.

Pokud bychom chtěli zdůraznit nějaký trendový aspekt vztahující se k postavení zdravotní sestry, který v posledním vývoji nabývá na důležitosti, tak to bude aspekt psychologický. V tradičním pojetí, jak píše Kvapilová, je sestra „*chápána jako součást týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči o pacienta. Povolání sestry však vyžaduje nejen schopnosti pečovat o fyzickou stránku*

pacienta, ale v čím dál větší míře se týká i schopnosti pečovat o pacientovu stránku psychickou“. (Kvapilová in Jobánková, 2000, s.115).

V poslední době také výrazně roste role sestry nejen jako asistentky lékaře při lékařských výkonech, ale i jako samostatné odpovědné pracovnice, která za svá případná pochybení může nést plnou odpovědnost (pracovněprávní odpovědnost za náhradu způsobené škody, příp. i odpovědnost trestní).

Nemůžeme nezmínit aspekt sociologický, kdy postavení sestry je dáno dynamikou systému pacient-sestra-lékař. Ten se také výrazně mění zejména nárůstem odpovědnosti pacienta za své zdraví a tendencí vyřešit mnohé potřeby prevence, léčby a doléčování v domácím prostředí vč. rostoucího využívání tzv. alternativních metod léčby mimo zdravotnická zařízení.

1.3. Role zdravotní sestry a vybrané determinující aspekty

1.3.1. Role zdravotní sestry a vztah k pacientovi

Vztah zdravotní sestry a pacienta je jedno z klíčových kritérií ovlivňující jednak práci zdravotní sestry, tak i léčebný proces pacienta. Zdravotní sestry by ve své práci měly vycházet z etického kodexu Práv pacientů a z principů etického kodexu sester přijatých Mezinárodní radou sester a Etického kodexu profesionálního chování registrovaných zdravotnických pracovníků, kde jsou specifikovány tyto základní povinnosti:

- *„podpora zdraví*
- *předcházení nemocem*
- *navrácení zdraví*
- *zmírnění utrpení“* (Zacharová a kol., 2007, s. 66; etické kodexy – viz přílohy).

Z výše uvedeného vyplývá náročná **role** zdravotnického pracovníka - zdravotní sestry:

- poskytuje pomoc člověku, který potřebuje její péči (v prevenci nemoci, v období nemoci, rekonvalescenci, umírání)
- poskytuje pomoc také rodině nemocného (podává instrukce pro domácí léčebné výkony apod.)
- jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu pacienta
- hájí pacientovo právo na soukromí (Jak se píše v etickém kodexu Práv pacientů *„Pacient má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu. Má právo na to, aby v souvislosti s programem léčby byly brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud.“* (Pacovský, Sucharda, 2002. s. 136)).
- pracuje v prostředí nemocnic, tzn. u lůžka, v denních sanatoriích, stacionářích příp. i terénně v domácí péči
- poskytuje základní ošetrovatelské úkony na základě ordinace lékaře

Souhrnně řečeno, pacienti ve zdravotnickém pracovníkovi a zejména zdravotní sestře vidí člena zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru nemocného v léčebný proces, dále pak osobu, která poskytuje oporu a pečuje o emocionální stav nemocného a v neposlední řadě i prostředníka mezi lékařem a pacientem. (Zacharová a kol., 2007; Šamánková a kol., 2002).

Někteří autoři zdůrazňují u profese zdravotní sestry čtyři základní dimenze, a to dimenze osobnostní, etickou, odbornou a profesionální. Osobnostní dimenze se vztahuje k jejím psychologickým charakteristikám, etická se projeví zejména v jejím postoji k ošetrovatelské práci, odborná je dána kvalifikačními požadavky a profesionální dimenze je obsažena zejména v profesní dráze sestry, jejíž součástí je výrazně i její motivace. (Kristová, Musilová, 2009).

V literatuře se také můžeme setkat s rozlišováním na několik **typů** zdravotní sestry dle postojů v práci a vztahu k pacientům, tj. na:

- *„rutinní - přesná, konkrétní, věcná, někdy se odpoutává od lidského přístupu*
- *herecky afektovaná – snaží se udělat dojem, získat si přízeň, uznání*
- *nervózní – neklidná, podrážděná, trpí nejistotou*
- *mužský typ – energická, rozhodná, dobrá organizátorka, racionální myšlení*

- *mateřský typ – milá, přátelská, chápající.*“ (Zacharová a kol., 2007, s.68)

Nakolik bude pacient spolupracovat, nakolik se zapojí do léčebného procesu nebo bude čekat, že ho uzdraví někdo jiný, záleží zejména na vzájemném vztahu pacienta se zdravotníky a společné efektivní komunikaci. Dá se očekávat, že dobrá spolupráce bude ta, kde bude i otevřená komunikace, dobrá informovanost, důvěra pacienta ve zdravotníky, kde bude pacient brán jako rovnocenný partner, který přijímá zodpovědnost za svůj zdravotní stav a také tam, kde doporučení zdravotníků nebude v přímém rozporu s hodnotami a životním stylem pacienta.

Závěrem podkapitoly týkající se vztahu zdravotní sestry a pacienta je dobré zmínit, jak píšou slovenští autoři, že stále je velmi rozšířený názor, že zdravotní sestra vázaná etickými principy by měla pro pacienta udělat vše, co jen pacient požaduje. Na druhé straně pacient, jakoby nemusel nic, dělá jen co chce a ve vztahu ke zdravotní sestře není vázaný žádnými etickými pravidly (Gulášová, Breza, 2010). Tento názor znesnadňuje výkon profese a role zdravotní sestry.

1.3.2. Subjektivní a objektivní stránka nemoci

Jak někteří autoři rozlišují, nemoc má svou objektivní a subjektivní stránku. Objektivní se vztahuje k objektivním příznakům nemoci, subjektivní k prožitku samotného nemocného, k jeho psychologickým aspektům. Zdravotnický pracovník často obě stránky striktně rozděluje a často nemusí k subjektivní stránce přihlížet vůbec. Netýká se ho totiž přímo. Pro zdravotnického pracovníka pak může být nemoc souborem objektivních příznaků. Tento přístup může být považován za profesionalitu, ale také za profesionální deformaci. Zdravotnický pracovník a zejména ten v přímé péči (jako například zdravotní sestry) musí brát v úvahu i subjektivní stránku pacientovy nemoci, jeho prožitky, pocity, snažit se je pochopit a v podpoře hledat šanci pro spolupráci pacienta na léčebném procesu. (Zacharová a kol., 2007).

Hárdi se v této souvislosti zmiňuje o tzv. rutinovaném, resp. mechanickém ošetřování. „*Při takovém způsobu péče o nemocného je těžištěm ošetřovatelská*

práce zdravotní sestry. A tato činnost je den co den omezena na aplikací injekcí, podávání léků, měření teploty, úpravu lůžka apod. Možná, že všechno jde jako na drátku, jen na nemocného se přitom zapomíná. Tento mechanický, neosobní způsob ošetrovatelské práce je největším nebezpečím pro vztah mezi nemocným a zdravotní sestrou, protože hlavní pozornost je soustředěna na vlastní práci, nikoli na nemocného.“ (Hárdi, 1972, s. 38).

1.3.3. Lidské potřeby v práci sestry

Je zcela logické, že dalším náročným úkolem zdravotnického pracovníka (zejména toho v přímé péči o nemocného) je zabezpečování, resp. uspokojování jeho potřeb. Jedná se o celou škálu lidských potřeb, které si nemocný nemůže z důvodu své nemoci uspokojit tak snadno, jak býval zvyklý. Stručně je můžeme rozdělit na potřeby biogenní a psychogenní. Proč by zdravotnický pracovník měl rozumět problematice lidských potřeb? Jak uvádí Trachtová, jde zejména o tyto důvody:

- Pochopením potřeb pacienta je zdravotnický pracovník schopen lépe porozumět příčinám chování pacienta (např.: opakovanému použití signalizačního zařízení).
- Poznatky o základních potřebách pacienta tvoří teoretický základ k následnému ošetrovatelskému procesu a plánování ošetrovatelských zásahů.
- Teoretické znalosti potřeb a souvisejících faktorů umožňují zdravotnickému pracovníkovi vhodnou intervenci u stresovaného pacienta
- Zdravotnický pracovník může znalostí o lidských potřebách využít při edukaci pacienta, motivovat nemocného ke spolupráci.
- A konečně je to i způsob pro zdravotnického pracovníka jak dále poznat a pochopit sama sebe. (Trachtová a kol, 1999).

Tato problematika klade na zdravotnického pracovníka nemalé nároky na znalosti veskrze psychologické, na schopnost empatie, aktivního vnímání a naslouchání.

1.3.4. Konflikt v práci zdravotní sestry

Jak může vypadat náročný den zdravotní sestry. Sama ho může hodnotit například jako den, kdy měla hodně práce nebo služba, ze které je hrozně unavená. To je většinou pravda, únava bývá následkem těžké, vyčerpávající práce. Mnoho studií se zabývalo denní činností zdravotní sestry, její zatížení administrací, dokonce i kolik kilometrů denně při práci ujde. Sledujeme-li den, který zdravotní sestra označila jako zvláště těžký, shledáme, že jde o den zatížený mnoha komplikacemi a potížemi s obtížnými pacienty či kolegy, resp. lékaři. Nebývá vyčerpána množstvím práce, nýbrž v důsledku emocionálních zátěží a konfliktů a diskusí. (Hárdi, 1972).

Pacienty s problémovým chováním můžeme velmi často označit, jak píše Jůn, jako ty, kteří se snaží svým chováním ovládat personál zdravotnického zařízení, pokouší se zdravotnické pracovníky někam dotlačit, manipulovat je. Svě pacienty si zdravotničtí pracovníci nelékařských oborů nevybírají a musejí umět pracovat s každým. Profesionální zdravotnický pracovník musí pochopit, že není důležité vyhrát (tj. prosadit svou vůli vůči pacientovi), ale zvládnout situaci, ať už to bude výhra nebo prohra. (Jůn, 2010).

Umět se takto vypořádat se situacemi, které nás dennodenně mohou vystavovat vysokému tlaku, není vůbec snadné, ani pro zkušené a vyrovnané osobnosti. Zdravotní sestra by je ve své roli měla také zvládat.

1.4. Závěrem k první tematické kapitole

Zdravotnictví je obor, kde spolupráce je klíčová podmínka úspěchu. Nelze jednoznačně hodnotit, kdo je důležitější, neboť pouze kvalitní spolupráce celého týmu – lékařů, zdravotních sester v přípravě, na operačních sálech, pečujících na odděleních, sanitárek a dalších – je zárukou možného úspěchu.

Vývoj zdravotnictví a ošetrovatelství zaznamenal dramatickou cestu. Současná situace není růžová. Zdravotnictví se potýká s mnohými dlouhodobě neřešenými problémy, koncepční změny se nedaří zavádět, trendy ukazují na

rozvírající se nůžky rozdílných očekávání ze strany občanů – pacientů a tvůrců zdravotnických politik.

Uprostřed toho stojí zdravotnický pracovník, vzorově například zdravotní sestra, která se snaží skloubit požadavky fyzicky a odborně náročné práce s potřebami pacientů, požadavky svých odborně nadřízených – lékařů a organizačně nadřízeného ošetřovatelského managementu a dále etické principy, rostoucí administrativu, a to tak, aby se její práce zároveň nestala mechanickou a rutinní, aby byla s to zvládnout i konfliktní situace a problémové klienty a zároveň, aby v její práci byla obsažena celá psychosociální stránka kvalitního vztahu k nemocnému.

V následujících kapitolách se budeme dále zabývat zdravotnickým personálem, a to ve vztahu k takovým psychologickým fenoménům jako motivace, pracovní motivace, pracovní spokojenost, stres a syndrom vyhoření.

2. Motivace

2.1. Základní pojmy a vzájemné vztahy

Proč jednáme, jak jednáme? Co je hybnou silou našeho jednání? Co nás vede k tomu, že do jedné aktivity se pustíme s vervou a ke druhé nejsme s to se odhodlat? Základní pojmy, které je vhodné si na úvod této kapitoly objasnit, budou: potřeba, motiv, motivace, chování a jednání. Jak píše Hartl, tak:

„Potřeba je nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit; stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy. Potřeba vzniká při jakékoli fyziologické odchylce od ideální hodnoty.“ (Hartl, 2000, s. 444). Podobně také Nakonečný dodává, že potřeba je vlastně psychologický stav vyjádřený určitým stupněm vnitřního napětí a puzení, které by bylo možné z hlediska prožívání verbalizovat jako chtění, touha, snaha, apod. (Nakonečný, 2005).

„Motiv je pohnutkou, příčinou činnosti, jednání člověka zaměřené na uspokojování určité potřeby. Motiv má cíl, směr, intenzitu, trvalost; pramení z podnětů vnitřních, vědomých, bezděčných, podvědomých a vnějších.“ Motivy bývají různě klasifikovány, nejčastěji právě ve spojitosti s klasifikací potřeb nebo na primární (resp. také vrozené) a sekundární (také naučené.) (Hartl, 2000, s. 327). Můžeme dodat, že motivem každého chování je vlastně redukce potřeby, uvádí Nakonečný (Nakonečný, 2005).

Motivace je proces. Proces, který usměrňuje a energetizuje naše chování. Jak píše Nakonečný, tak *„motivace vyjadřuje koncept procesu, který je motivem iniciován a projevuje se primárně stavem, který se označuje jako potřeba.“* (Nakonečný, 2005, s. 61). Nebo také můžeme motivaci definovat jako *„souhrn všech intrapsychických dynamických sil a motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.“* (Plháková, 2004, s. 319).

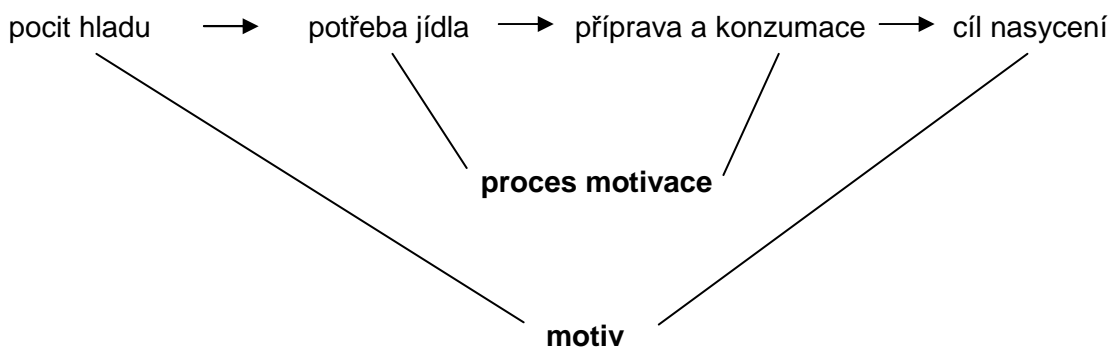
Chování je pojem značně obšírný. Existuje mnoho definic. Souhrnně definuje chování Plháková jako *„jakoukoli lidskou tělesnou aktivitu, kterou lze pozorovat, zaznamenávat nebo měřit.“* (Plháková, 2004, s. 43). Můžeme rozlišovat chování

volní (resp. úmyslné) a mimovolní (resp. bezděčné) nebo také molekulární (základní projevy organismu jako například krevní tlak) a molární (strukturované a komplexní chování) a také verbální a neverbální chování.

Jednání definuje Hartl jako „*záměrné chování založené na určité motivaci, měnící dosavadní stav či situaci*“. (Hartl, 2000, s. 245). Ve spojitosti s motivací Nakonečný dodává, že nelze zjednodušeně říci, že potřeba, resp. motiv vyvolá motivaci a ta vede k záměrnému jednání vedoucímu k redukci potřeby. Pro to, aby k takovému jednání došlo, je zapotřebí vzít v úvahu subjektivní pravděpodobnost a poměrování, zda takovýmto jednáním bude v dané situaci uspokojení potřeby vůbec dosaženo. Tento situační kontext určuje a ovlivňuje právě způsob volního jednání, kdy jsou ze strany aktéra vyhodnocovány zejména dopady plánovaného jednání. (Nakonečný, 2005).

2.2. Motivační proces

Pro vysvětlení motivace dále použijeme schematický model, na kterém ukážeme motivaci jako proces. Proces motivace, je iniciován motivem, který se projevuje psychickým stavem, jenž můžeme nazvat potřebou (potřebou něčeho dosáhnout nebo se něčemu vyhnout). Na tomto základě se spouští motivované jednání s cílem uspokojení potřeby, motivu. Schematicky model zobrazil Nakonečný na příkladu hladu takto:



(Nakonečný, 2005, s. 61)

Jak dodává Niermeyer a Seyffert, tak tento proces je ovlivněn silou motivu (v našem případě, jak silný je pocit hladu), vlastní účinnosti (nakolik jsme přesvědčeni o nutnosti být stále sytý, zda bez jídla dlouze nevydržíme nebo takové puzení jsme schopni dobře ovládat a vyčkáme na vhodnější chvíli k nasycení), časovou perspektivou (jak dlouho již hladovíme) a v neposlední řadě našimi emocemi, které výrazně proces motivace doprovázejí, mohou jej excitovat nebo inhibovat. (Niermeyer a Seyffert, 2005).

2.3. Zdroje motivace

Co sytí motivační proces člověka? Existují nějaké zdroje motivace? Jak píše Růžička, tak motivační zdroje člověka jsou velmi členité a mezi základními můžeme vidět zejména:

- potřeby člověka
- jeho ideály a hodnoty
- návyky a
- zájmy (Růžička, 1995).

Potřeby jsme si definovali výše, proto můžeme tento pojem přiblížit příklady možných potřeb zdravotnického pracovníka. Jako vzor použijeme některé Murrayho psychogenní potřeby. Například z oblastí ambicí se bude jednat o „n Achievement“ – tj. potřebu zdravotní sestry dosahovat úspěšného výkonu, která se bude projevovat ve snaze překonávat překážky na pracovišti. Z oblastí vztahů k lidem například „n Nurturance“ – potřeba pečování, kterou bychom mohli označit jako výraznou potřebu zdravotnických pracovníků. Z oblasti moci to bude jistě i „n Dominance“ – potřeba mít moc řídit chování druhých lidí a to zejména ve směru léčebných pokynů a dodržování vhodného chování pacienta před, v průběhu a hlavně po medicínském zákroku. Našli bychom jistě mnohé další příklady potřeb, které jsou výraznými zdroji motivace lidského chování. (Plháčková, 2004).

Je zřejmé, že i ideály jako základní vzory pro chování a jednání, jako představy dokonalého chování, jsou pro člověka jeho motivačním zdrojem. Růžička píše, že *„se mohou týkat osobního profilu nebo životních cílů člověka.*

V ideálu člověk zdůrazňuje to, čeho si zvláště cení a čeho se mu případně nedostává. Ideály se tvoří pod silným společenským vlivem. Jsou do značné míry určovány přijímanými morálními a právními normami, životní zkušeností a životní filosofií člověka.“ (Růžička, 1995, s.18).

Návyk jako určitý zautomatizovaný způsob chování, resp. jednání člověka v jeho konkrétní situaci tvoří další zdroj motivace jednání člověka. Dovedeme si velmi dobře představit, že mnohé profese vyžadují speciální návyky a nejinak tomu bude i u profese naší. Zdravotníci pracovníci nelékařských oborů si pro správný výkon své profese musí osvojit řadu speciálních návyků nejen z oblasti poskytování zdravotnické péče, ale i osobní hygieny nebo mezilidské komunikace.

Posledním z uvedených zdrojů motivace lidského chování dle Růžičky jsou zájmy. Je zřejmé, že tato oblast je velmi široká a rozmanitá a bude pro většinu lidí zdrojem obrovské a celoživotní motivace.

Pro další zorientování se v tématu se budeme zabývat užším pohledem na motivaci, a to pohledem na pracovní motivaci.

3. Pracovní motivace

3.1. Základní souvislosti a schematický model

Z hlediska historického vývoje společnosti můžeme přidělit lidské práci významné místo. Práce se stala přirozenou činností a její výsledky se postaraly nejen o rozvoj lidského rodu, ale také o naplňování stále rostoucích lidských potřeb. Je zřejmé, že pokud má člověk zvládnout svou práci, je nutné, aby k ní byl aspoň částečně motivován. Pojem pracovní motivace tedy odpovídá dle Nakonečného, „na otázku, proč lidé pracují. Odpověď se zdá být jednoduchá, neboť většina lidí chápe práci jako zdroj obživy a pracuje tedy proto, aby si vydělala peníze a měla takříkajíc na živobytí. Důležitým aspektem motivace, a tedy i pracovní motivace, je očekávání výsledků činnosti a to v trojím smyslu:

1. bude-li naplněn daný pracovní úkol
2. jaká tím bude získána odměna
3. jaké výdaje s tím budou spojeny (námaha a čas)“
(Nakonečný, 2005, s. 120)

Zajímavý matematický pohled na pracovní motivaci nabízí Růžička, který uvažuje, že „při stejné pracovní způsobilosti lidé s příznivější motivací pracují usilovněji a podávají vyšší výkon, než lidé s nepříznivou motivací.“ (Růžička, 1995, s. 26). Což lze vyjádřit vzorcem:

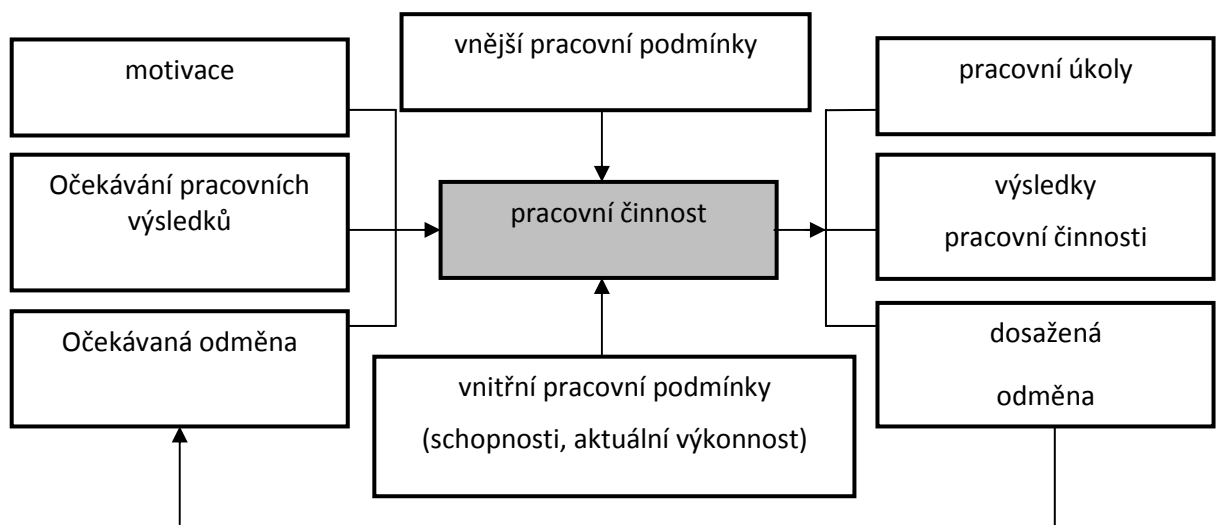
$$v = f(z \cdot m)$$

Jinými slovy pracovní výkon člověka (v) je dán funkcí způsobilosti k práci (z) násobené motivací (m). Ze základních matematických znalostí lze odvodit, že pokud by (z) nebo (m) bylo rovno nule, bude výkon také nulový. Lze si to velmi dobře představit na příkladě studenta, který včera začal studovat střední zdravotnickou školu (předpokládáme, že má nulovou způsobilost) nebo absolutně psychicky vyhořelé zdravotní sestry, která má již depresivní symptomy a akutně potřebuje terapeutickou pomoc. Výkon obou těchto lidí při poskytování asistence na operačním sále by byl zřejmě nulový.

Pracovní motivaci pak tedy můžeme vymezit jako konkrétní psychický stav člověka, které jej výrazně omezí nebo determinuje, zda danou práci zvládne, zda a nakolik bude v dané práci úspěšný.

Mnozí (pozn. autora: zejména humanisticky orientovaní) psychologové a autoři upozorňují, že **práce sama o sobě motivuje**, že práce svému tvůrci přináší radost. Nakonečný tuto samomotivační funkci práce potvrzuje zejména u vysoce kvalifikovaných či kreativních a zejména autonomně pracujících pracovníků. (Nakonečný, 2005). Jsem přesvědčen, že tento faktor, který je výrazně motivační, faktor radosti ze samotné práce nebude přítomen jen u kreativních autonomně pracujících odborníků, nýbrž i u mnohých dalších profesí. Mám na mysli zejména profese pomocné, do kterých spadají i zdravotnické profese nelékařských oborů, tudíž cílová skupina, kterou se zabývám v této práci.

Schematický model pracovní motivace lze vyjádřit i takto:



(Nakonečný, 2005, s.121)

Z výše uvedeného modelu je zřejmé, že pracovní činnost je výrazně daná motivací a očekáváním pracovních výsledků a očekávanou odměnou. Dále je určována vnitřními podmínkami – vnitřní připraveností (tj. schopnostmi pracovníka, jeho aktuální výkonností), ale také vnějšími podmínkami, ve kterých se pracovní činnosti provádějí. V konečném důsledku samotnou pracovní činností zpětnovazebně ovlivňují samotné pracovní úkoly, výsledky a dosažená odměna (například: stálé rutinní a namáhavé pracovní úkoly zdravotní sestry při ošetřování

těžce nemocných pacientů, neveselé výsledky její pracovní činnosti v podobě nelepších se zdravotních stavů pacientů v kombinaci s podprůměrnou finanční odměnou a ohodnocením její práce ze strany nevládného lékaře bezesporu a výrazně ovlivní její motivaci do další práce. A v případě, že tento stav bude přetrvávat delší dobu, povede s velkou pravděpodobností ke stresu a určité míře psychického vyhoření. (O tomto fenoménu budu pojednávat dále.)

3.2. Základní teorie motivace s vazbou na pracovní oblast

V rámci popisu pracovní motivace nemůžeme konstatovat, že existuje jednotný pohled nebo jednotný teoretický přístup. V další části se proto pokusím představit několik teoretických konceptů souvisejících s pracovní motivací. Některé jsou široce uznávány, jiné méně, některé se zaměřují výrazně na pracovní oblast, jiné jsou obecnější, ale přesto mají významnou aplikaci v pracovní oblasti.

Teorie potřeb dle Maslowa, je široce známá jako Maslowova hierarchie potřeb, která je aplikovatelná i pro pracovní motivaci. Maslow rozdělil potřeby do pěti úrovní:

1. fyziologické potřeby jako spánek, pití, jídlo apod.
 2. potřeby bezpečí, tj. jistota a stabilita prostředí a vše, co nás osvobozuje od našich strachů a nejistot.
 3. potřeby sounáležitosti jako například potřeba zažívat lásku, patřit do své rodiny, mezi přátele, do pracovního kolektivu apod.
 4. potřeby uznání jako potřeby dosahování kvalitního výkonu, ocenitelných výsledků, získání ocenění za svou práci, prestiž.
 5. potřeby seberealizace, které zahrnují tendence člověka uskutečnit své životní možnosti, prožít svůj život dle svých přání a svého potenciálu.
- (Plháková, 2004)

Dvoufaktorová teorie motivace dle Herzberga je teorie motivace, která pracuje s dvěma základními protikladnými potřebami člověka – potřebou vyhnout se

bolesti (resp. neúspěchu apod.) a potřebou psychického růstu. Herzberg dělí motivační podněty pracovníka na vnitřní a vnější. (Provazník, 1997).

- Vnitřní podněty bývají označovány jako motivátory a patří sem například vlastní výkon a úspěch, obsah práce a její pracovníkem vnímaná zajímavost a smysluplnost, odpovědnost za práci, uznání ze strany vedení, prostor pro osobní rozvoj
- Vnější podněty (též zvané hygienické) zahrnují například vnější pracovní podmínky, BOZP, odměňování, mezilidské vztahy v kolektivu, řídicí styl vedoucího, personální politika v organizaci apod.

Za zajímavou teorii můžeme považovat i Adamsovu teorii spravedlnosti, která zdůrazňuje význam sociálních vztahů na pracovišti a srovnávání s druhými. Zaměstnanec subjektivně vyhodnocuje své pracovní vklady (schopnosti a dovednosti, vynakládané úsilí, zkušenosti) s pracovními efekty (plat, odměny, pochvaly, povýšení). Toto srovnání provádí ve vztahu k jiným pracovníkům v daném kolektivu. V případě, že po tomto srovnávání cítí nespravedlnost, může to negativně ovlivnit jeho pracovní motivaci. (Růžička, 1995).

Jsem toho názoru, že zdravotnický pracovník nesrovnává svou pracovní pozici a ohodnocení pouze v rámci svého pracovního kolektivu, ale i v rámci širších vztahů – celého zdravotnického zařízení, jiných zdravotnických zařízení v širším regionu, ba dokonce v rámci globálních možností. Mohou o tom svědčit příklady fluktuací – přestupy zdravotních sester na jiná oddělení v rámci jedné nemocnice, přestupy do jiných nemocnic a dokonce i výjezdy za lépe placenou práci do jiných zemí. (Například G5+, tj. největší česká agentura zprostředkující zdravotním sestrám práci v zahraničních nemocnicích uvádí, že ročně za takovou práci vycestuje až tři sta českých zdravotních sester).

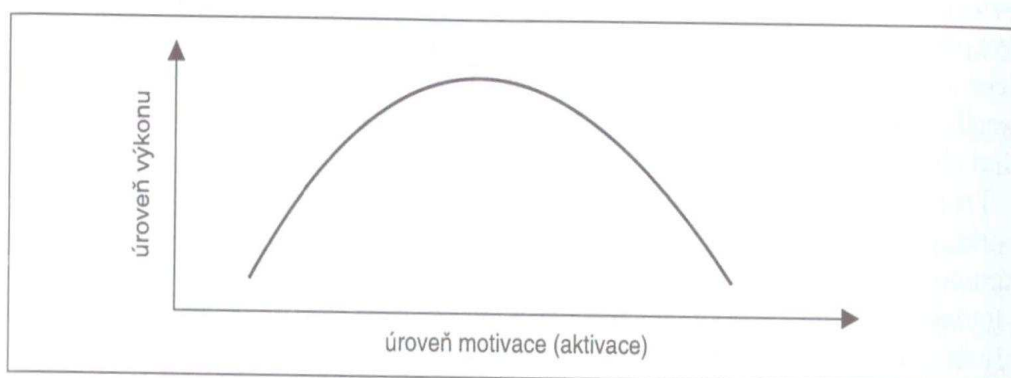
Teorie motivace práce dle Vrooma, jak píše Nakonečný „*patří mezi první a nejvýraznější teorie typu očekávání – valence; její hlavní tezí je, že pracovní výkon je funkcí očekávání dosažené cílové hodnoty; pohnutkou práce je očekávaný užitek, který přinese, a to nejen ve formě mzdy (výsledek první roviny, ale i jako výsledek druhé roviny, kdy se mzda stává prostředkem uspokojení životních potřeb a osobních zálib a zájmů)*“. (Nakonečný, 2005, s. 128).

Na teorii Vrooma navázali další autoři jako například Porter a Lawler, kteří model doplnili o pracovní úsilí, výkon, odměnu a spokojenost.

Dnes již tradiční a historickou behaviorální teorií je teorie pracovní motivace dle McGregora, ve které autor v podstatě dělí pracovníky na 2 typy – pracovníci typu X a typu Y. Z poznání, o jaký typ pracovníka jde, jak hovoří autor, je nutné volit vhodný styl vedení a řízení. Pro pracovníky X bude zapotřebí silný styl řízení, s výraznou kontrolou, jasně měřitelným úkolem a nízkou mírou participace na rozhodovacím procesu. Naopak pracovníci typu Y jsou zrozeni pro svou odpovědnost a tvořivost k tomu, aby řešili úkoly komplexní povahy nerutinního charakteru, případně řídili a vedli pracovníky druhé. (Koontz a Weihrich, 1993). Domnívám se, že vliv bude i opačný, tj. na stylu vedení a typu úkolu bude záviset, jaký typ lidí budeme v organizaci tzv. „vychovávat“.

Afiliační teorie S. Schachtera, nazývaná také motivační teorie sounáležitosti, jak píše Růžička se „*projevuje v úsilí lidí sdružovat se, vstupovat do kladných vzájemných vztahů. Podle této koncepce mají lidé tendenci vyhledávat a sblížovat se s druhými osobami s obdobnými názory, tím se zvyšuje jejich pocit jistoty a bezpečí. Tato tendence posiluje sociální konformitu, která je ve společnosti velice rozšířená.*“ (Růžička, 1995, s. 50).

Pro další pochopení pojmu motivace a jejího vztahu k pracovní oblasti obecně (nejen k ošetřovatelství) je vhodné zmínit vazbu motivace na výkon. Z následujícího grafu je patrné, že výkon roste s růstem motivace, ale jen do určité úrovně. Další zvyšování motivační úrovně u pracovníka vede k poklesu jeho výkonu (křivka výkonu klesá). (Nakonečný, 2005, s. 127)



Zajímavým pojmem z oblasti pozitivní psychologie, který lze na závěr této kapitoly zmínit, je pojem morální motivace. Jak píše Křivohlavý „*je v pozitivní psychologii dominantní zaměření morální motivace na to, proč a jak lidé dělají druhým lidem dobře. Hledají se zdroje motivačních sil.*“ (Křivohlavý, 2004, s. 166). Je nasnadě, že jakýsi vnitřní princip tohoto konceptu – dělat druhým lidem dobře – bude zajisté jedním z hlavních principů práce mnohých pracovníků ve zdravotnictví. Všechny tři na sobě nezávislé zdroje morální motivace, které popisuje uvedený autor, a to empatii, sblížení a principy, můžeme bezesporu nalézt v práci každé zdravotní sestry a dalších zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.

4. Pracovní spokojenost

4.1. Definice a základní vymezení

Pro základní vymezení bude zajímavé začít definicí samotné spokojenosti od Hartla a Hartlové jako „*příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti, trvá-li dlouho, je demotivující, následuje tučnění psychické, popř. i tělesné.*“ (Hartl a Hartlová, 2004, s. 556). Z této definice je patrná vazba na sociální okolí – vztahy, jakož i na pracovní oblast.

Pojem pracovní spokojenosti není v oblasti psychologie práce nikterak jednotně vykládán. Jako u mnoha dalších pojmů, i zde se setkáváme s několika přístupy.

Na úvod konstatuje Štikar, že pracovní činnost má dvě na sobě navázané stránky. První, objektivní stránkou, je samotné chování a jednání, které můžeme popsat konkrétní výkonností, kvalitou výstupů. Druhá, subjektivní stránka pracovní činnosti, je právě pracovní spokojenost daného pracovníka. (Štikar, Rymeš, 2003).

Můžeme také uvést definici amerických profesorů managementu, kteří chápou pracovní spokojenost jako „*individuálně tvořený obecný postoj pracovníka k jeho práci, který se skládá z 5 hlavních komponent: postoje k pracovní skupině, obecným pracovním podmínkám, k zaměstnavateli – organizaci, k nadřízenému a peněžním podmínkám.*“ (Rue a Byars, 1992, s. 367). Některé z těchto vztahů jsou pracovníkem vnímané jako klíčové, jiné jako nevýznamné. Je zřejmé, že některé z těchto vztahů budou pracovníka uspokojovat, motivovat, jiné spíše vyvolávat nespokojenost, stres či demotivaci.

Základní přístupy k pracovní spokojenosti můžeme rozlišit na:

- jednofaktorové (jednodimenzionální) pojetí
- dvoufaktorové (dvojdimenzionální) pojetí
- další pojetí pracovní spokojenosti

U jednofaktorového přístupu, jak píše Růžička, si lze pracovní spokojenost představit jako jakousi škálu. Pozitivní konec škály bude znamenat maximální identifikaci pracovníka se svou prací. Práce se pro něj může stát hlavním zdrojem celkové životní motivace a životní spokojenosti. (Růžička, 1995). Takový zdravotnický pracovník vidí smysl života v práci pro své zdravotnické zařízení, pro své oddělení, pro své pacienty a dává jí veškerou svou energii. Mnohdy jej pracovní saturace může chránit před strádáním v ostatních životních oblastech. V případě jakýchkoli pracovních problémů a omezení (odchod do důchodu) může prožívat výrazný stres.

V té souvislosti je zajímavé, že *„empiricky byl zjištěn statisticky významný, i když nikoli silný vztah mezi pracovní spokojeností a životní spokojeností, což lze vysvětlit interindividuálně odlišným významem práce pro život (u většiny lidí je práce důležitým aspektem jejich života).“* (Nakonečný, 2005, s. 116).

Opačný pól, tj. negativní konec škály pracovní spokojenosti, bude vystihovat pracovníka, který je se svou prací ve výrazném rozporu. Nebaví ho, neváží si jí, nevidí její společenskou hodnotu, nenachází v ní žádného smyslu. Vykonávání takové práce mu nepřináší spokojenost, nýbrž výraznou nespokojenost. Takový pracovník se naopak snaží své práci vyhybat, obcházet ji a všelijak si ji zlehčovat.

Je samozřejmé, že většina pracovníků, pokud nějaká taková jednodimenzionální škála pracovní spokojenosti existuje, se bude nacházet mezi těmito dvěma extrémy.

Pojem pracovní spokojenosti dále vymezuje například Kollárik ve dvou rovinách:

- spokojenost v práci jako širší chápání osobnostních rysů zaměstnance a vztahů k pracovním podmínkám
- spokojenost s prací jako užší pojem vystihující prestiž samotné práce, s ní související pracovní úkoly, odměna apod. (Nakonečný, 2005).

V té souvislosti lze uvést již zmíněný dvoufaktorový model dle Herzberga. Pracovní spokojenost je chápána spíše jako Kollárikem zmíněná spokojenost s prací. Z čehož vyplývá, že například zdravotní laborantka bude sice s obsahem

práce, tudíž se spokojeností **s prací**, nespokojena, ale může být relativně dosti spokojena **v práci**, tj. s pracovištěm, které je moderně vybavené, v klidné části nemocnice s výhledem na daleké hory.

4.2. Další přístupy k pracovní spokojenosti

Další přístupy k vysvětlení pracovní spokojenosti přicházejí s konkrétními činiteli, u kterých hledají příčinný vztah. Můžeme mezi ně zařadit například modely, které objasňují:

- vztah pracovní úspěšnosti a pracovní spokojenosti
- vztah pracovní spokojenosti a intenzity řízení a strukturovanosti úkolu
- vztah pracovní spokojenosti a výkonu
- pracovní spokojenosti ve vztahu k postojům k různým aspektům pracovní situace

4.2.1. Pracovní spokojenost a pracovní úspěšnost

Pracovní spokojenost bude určitě spjatá s pracovní úspěšností. Dalo by se očekávat, že čím více se pracovník cítí pracovně úspěšný, tím více bude spokojený. A naopak, tj. pokud bude dlouhodobě pracovně neúspěšný, nebude se mu tzv. v práci dařit, negativně tím bude ovlivněna jeho pracovní spokojenost.

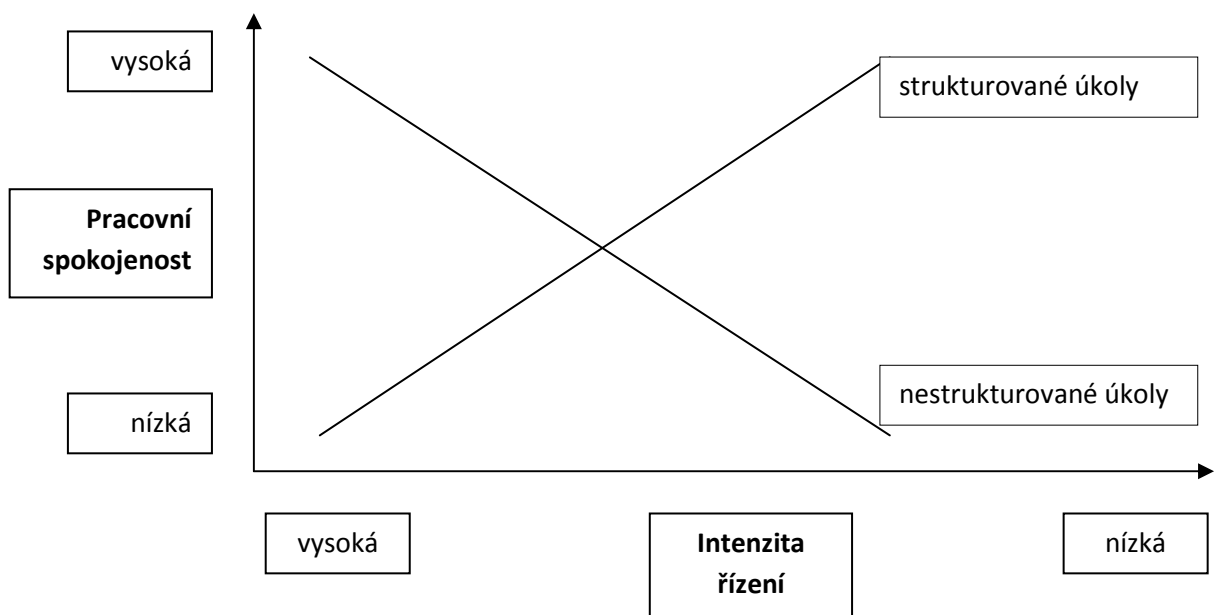
V souvislosti s pracovní úspěšností se nabízí vazba na sebehodnocení. Pro lepší pochopení můžeme použít teorii atribucí. Atribuce příčiny v úkolových situacích publikoval B. Weiner a rozlišil „*příčiny dispoziční a situační, které jsou atribuovány v situacích úspěchu či neúspěchu v úkolové situaci.*“ (Řehan, 2007, s. 40).

PROMĚNNÉ	vnitřní (dispoziční)	vnější (situační)
labilní	úsilí	náhoda
stabilní	schopnosti	obtížnost úkolu

Dle výše uvedené tabulky lze vysvětlit, že ve vlastním hodnocení například vysoké pracovní úspěšnosti přisuzuje pracovník příčinu buď sám sobě (svým vynikajícím schopnostem či vysokému vynaloženému úsilí) nebo situaci (příznivé náhodě či snadnějšímu úkolu). Je zřejmé, že první případ je pro sebehodnocení a rozvoj sebedůvěry výrazně příznivější. Taktéž, ale opačně, to bude platit u hodnocení pracovního selhání.

4.2.2. Pracovní spokojenost a intenzita řízení a strukturovanosti úkolu

Pohled na vztah pracovní spokojenosti a intenzity řízení a strukturovanosti úkolu nabízí níže uvedený graf dle W. H. Staehle (in Nakonečný, 2005).



Z uvedené tabulky je patrné, že vysoká pracovní spokojenost koreluje s vysokou intenzitou řízení jen u nestrukturovaných úkolů. U úkolů strukturovaných (již známých, zvládnutých, více rutinních) je pracovní spokojenost podmíněná nízkou intenzitou řízení (vedoucí zaměstnanec nechává pracovníkovi větší prostor s nižší mírou kontroly).

4.2.3. Pracovní spokojenost a výkon

Nabízí se úvaha, že pracovní spokojenost determinuje výkon. Pokud bude pracovník spokojený, měl by podávat větší výkon. Mnozí autoři však píší, že je to příliš zjednodušující kauzalita. Spíše se nabízí výčet možných kauzalit, jak uvádí Nakonečný:

1. pracovní spokojenost \longrightarrow pracovní výkon

Jde o základní premisu představitelů myšlenky „human resources“. Pokud budeme schopni poznat a zvýšit pracovní spokojenost pracovníka (v našem případě například zdravotní sestry), mohli bychom očekávat, že bude podávat vyšší pracovní výkon.

2. pracovní výkon \longrightarrow pracovní spokojenost

Například L. W. Porter či E. E. Lawler zaujímají stanovisko, že samotný kvalitní výkon přináší vnitřní odměnu ve formě uspokojení, a tudíž vede k růstu spokojenosti.

3. jiný činitel $\begin{matrix} \longrightarrow & \text{pracovní spokojenost} \\ & \searrow \\ & \text{pracovní výkon} \end{matrix}$

Jde o myšlenku, že jak pracovní spokojenost, tak výkon je ovlivněn ještě jinými činiteli (například sebehodnocení, finanční odměna apod.)

Nabízí se samozřejmě i myšlenka, že samotná práce je sebezpevňující činnost, která přináší odměnu sama o sobě, a to nemusí být ani doprovázená kvalitním výkonem. (Nakonečný, 2005).

Zajímavě se jeví i poznatky, které definují tyto korelace mezi spokojeností a výkonem:

- „vnitřně motivovaná práce koreluje pozitivně se spokojeností a negativně s absentismem a fluktuací“

- „autonomie pracovníka koreluje pozitivně s pracovním výkonem i se spokojeností“

- „demokratický styl řízení koreluje pozitivně se spokojeností, ale buď pozitivně nebo negativně s pracovním výkonem“

- „organizační klima vyznačující se podporou, otevřenou komunikací a autonomií koreluje pozitivně se spokojeností a ve většině případů také s pracovním výkonem“ (W. H. Staehle in Nakonečný, 2005, s. 115)

4.2.4. Pracovní spokojenosti ve vztahu k dalším činitelům pracovní situace

Neubauer a Allerbecková hledají základy vysvětlení pracovní spokojenosti v poukázání vztahu k postojům k různým aspektům pracovní situace, která má na pracovníka větší či menší vliv. Jedná se o tyto postoje pracovníka:

- k jistotě svého pracovního místa
- ke své pracovní činnosti
- k pracovním podmínkám
- ke svým kolegům
- k nadřízeným
- k organizaci a jejímu vedení
- k možnosti osobního rozvoje
- k finančnímu ohodnocení
- k pracovní době (Neuberger a Allerbecková in Nakonečný, 2005).

Obdobně vymezují i jiní autoři faktory, které přispívají k celkové spokojenosti pracovníka a které jsou determinovány specifičností profese a individuálními zvláštnostmi. Obdobně se však vyskytují pracovní podmínky, obsah práce a její specifické postupy, finanční ohodnocení, specifický styl vedení, pracovní kolektiv a vztahy na pracovišti. (Štikar, Rymeš, 2003).

V neposlední řadě je nutné uvést, že nemalý vliv na pracovní spokojenost budou mít vedle výše uvedených tzv. vnějších faktorů i faktory vnitřní – osobnostní. Objektivní osobnostní faktory jako věk pracovníka, jeho zdravotní stav, rodinná situace, vzdělání, délka praxe, ale také vnitřní osobnostní rysy a potřeby jako aspirační úroveň, intelektové schopnosti, pracovní očekávání atd., to vše budou velmi podstatné faktory působící na celkovou pracovní spokojenost každého pracovníka.

Specifikace výše uvedených faktorů či dimenzí pracovní spokojenosti je zajímavá zejména tím, že nabízí možnost je empiricky měřit a zjišťovat, které dimenze ovlivňují pracovní spokojenost více a které méně. Právě výzkumná část mé práce se bude těmito aspekty a jejich měřením zabývat v konkrétním zdravotnickém zařízení.

5. Stres a syndrom vyhoření

Předchozí kapitola pojednávala o pracovní spokojenosti. Její opačný konec, tj. pracovní nespokojenost bude výrazně souviset se stresem a stresory v práci. Jak píše Provazník, pokud je některý z faktorů ovlivňující pracovní spokojenost dlouhodobě zanedbáván, projeví se to ve změně spokojenosti pracovníka, které často předchází zvýšený pocit stresu a psychické zátěže. (Provazník, 1997). Tematikou psychické zátěže a dále syndromem vyhoření se budeme zabývat v dalším textu.

5.1. Úvodem ke stresu

Jak uvádí v Psychologickém slovníku H. Selyee, je stres definován jako *„charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu, ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního, posléze poškození systému imunitního“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 568)

Kebza dodává, že pod pojmem stres lze chápat nejen uvedený vnitřní stav organismu, ale také onu tíživou situaci či nepříznivý faktor, který uvedený stav organismu vyvolává. (Kebza, 2005).

Dalším pojmem, který se s v této souvislosti používá, je pojem stresor. Stresor je chápán jako *„činitel vnějšího prostředí vyvolávající v organismu stav stresu či stresovou reakci.“* (Hartl, Hartlová, 2000). Pro názornost si můžeme uvést možné stresory vyplývající z práce zdravotnického pracovníka: čas (kdy je velmi mnoho pracovních úkolů a málo času, v němž se mají, ale nedají tyto úkoly zvládnout), zodpovědnost (kdy na mém rozhodnutí velmi záleží, často je to i zodpovědnost za druhé lidi), konfliktní situace (nedorozumění, hádky), fyzikální stresory (nepříjemný hluk, chlad, vedro, nezdravé životní prostředí), vnitřní nesouhlas (situace, kdy se odehrává něco, s čím vnitřně nesouhlasím, s čím mám

pocit, že nemohu či nechci nic udělat. Jde např. o pracovní situace, kdy je špatně zorganizovaná práce, kdy mám plnit příkazy, které se mi jeví jako nesmyslné, jsem neoprávněně kritizován).

Je zřejmé, že příkladů obdobných stresorů bychom našli víc, a to nejen z oblasti pracovní. Autorky Beňadíková a Rapčíková uvádějí výsledky výzkumu na téma – co nejvíce stresuje zdravotnického pracovníka jako člena zdravotnického týmu – tyto faktory: špatné interpersonální vztahy (uvedlo 42% dotázaných), náročná práce na směnách (31%), neustále se měnící personál (15%), nízký stupeň empatie členů týmu vůči sobě navzájem (7%) atd. (Beňadíková a Rapčíková, 2009).

Jistá míra stresu může být pro nás prospěšná, jak píše Wilkinson. Pokud je například pro zdravotní sestru důležité vypořádat se s novým pracovním úkolem, často zjistí, že díky zvýšené míře stresu je schopná těchto nových cílů dosáhnout. Když se jí to podaří, cítí se lépe a roste její sebevědomí a kompetence. (Wilkinson, 2001). Stres je dynamická veličina. A proto v jiné situaci již zdravotní sestra nemusí být úspěšná, a to i přes vysokou pozitivní motivaci a dostatečné kompetenci ke zvládnutí úkolu. Může to být například díky působení časového stresoru při resuscitaci, působení atypického prostředí při výkonu před zkušební komisí na cizím pracovišti nebo díky enormnímu tlaku z vlastního ohrožení, kdy má nasadit sama sebe, aby zachránila život. Byť je zřejmé, že za jiných okolností by nároky daného výkonu zvládla, v určitých situacích může být nejistota a úzkost natolik silná, že znemožní zdárný výkon. (Jobánková a kol., 2000).

V souvislosti se zvládáním stresu se užívá pojem coping, tj. schopnost člověka vyrovnat se se zvýšenými nároky, s nadlimitní zátěží, schopnost změny postoje ke skutečnosti, která vytváří stres. (Hartl, Hartlová, 2000).

5.2. Úvodem k syndromu vyhoření

Jelikož syndrom vyhoření jako možné vyústění dlouhodobě působícího stresu je natolik závažným fenoménem, budeme mu věnovat samostatnou část této kapitoly.

Plháková uvádí, že syndrom vyhoření, je „specifická dysfunkce, která se často vyskytuje mezi příslušníky pomáhajících profesí. Předpokládá se, že je důsledkem nadměrných a jednostranných požadavků na jejich psychickou vitalitu a odolnost.“ (Plháková, 2004, s. 40).

Velmi často se také používá původní termín z angličtiny – burn-out, méně již termín syndrom vypálení či syndrom vyprahlosti.

Přestože existují k syndromu vyhoření různé přístupy, ve většině se autoři shodují, že:

- tento psychický stav je spjat s prožitkem celkové vyčerpanosti a to jak emoční, tak kognitivní.
- je důsledkem chronického nikoli akutního stresu.
- symptomy zasahují oblast psychickou, fyzickou i sociální (i spirituální – pozn. autora).
- se vyskytuje hlavně u pomáhajících profesí jako jsou zdravotníci, sociální pracovníci, ale také pedagogové a další profese, kde převažuje práce s druhými lidmi. (Kebza, Šolcová, 1998).

Pro rozlišení syndromu vyhoření od stresu uvádí Křivohlavý zejména tu skutečnost, že syndromu vyhoření předchází stres, a to dlouhodobý. Dále pak, že syndrom vyhoření se spojuje s prací a vyskytuje se u těch pracovníků, kteří mají od své práce vysoká očekávání, cítí se pracovní velmi motivovaní, a proto (v úvodu) podávají vysoké výkony a po určité době ztrácí iluze. Objevuje se zde také zmínka o profesích, které pracují s druhými lidmi. (Křivohlavý, 1998)

5.3.1. Syndrom vyhoření a nástin vývoje

První zmínky o syndromu vyhoření pocházejí z USA. V polovině 70.let 20. století to byl americký psychiatr Freudenberger, který také poprvé použil termín „burn-out“. Další významnou praktičkou, která se zasloužila o popularizaci pojmu syndrom vyhoření byla psycholožka Maslachová. Její práce se soustředily i do empirického výzkumu. Byla také tvůrcem MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, 1981) – metody měření syndromu vyhoření, která se dodnes

používá. Dalším populárním dotazníkem, se kterým se dodnes pracuje, je dotazník BM – Burnout Measure (Pines, Aronson, 1980). Jde o sebediagnostický nástroj, který jsem dále použil i v mém výzkumu.

V českém prostředí se se syndromem vyhoření spojují například autoři Křivohlavý (zejména publikace *Jak neztratit nadšení*, 1998), Kebza, Šolcová a jiní.

Byť se původně syndrom vyhoření spojoval se zdravotnickými a pomáhajícími profesemi, později se o něm začalo uvažovat i v souvislosti s pracovním stresem a pracovní spokojeností dalších profesí jako jsou například pedagogové, vedoucí pracovníci.

Dnes se mnozí autoři shodují, že syndromem vyhoření lze označit mnohé stavy související s nejrůznějšími tělesnými a duševními symptomy, a to i z oblasti osobní či rodinné: *„Akutním syndromem vyhoření trpí dnes nejen učitelé a učitelky, sociální pracovníci a další lidé, kteří se starají o jiné, ale stále více také ženy bojující na všech frontách, protože jsou zároveň pracovnice v zaměstnání, matky, manželky a hospodyně. Pro rizikovou skupinu jsou příznačné postoje, činnosti a zaměstnání, které souvisejí s maximálním nasazením a angažovaností. Obraz této závažné psychické poruchy lze jen stěží vymezit. V komplexu syndromu vyhoření se může manifestovat přibližně 130 nejrůznějších, mnohotvárných tělesných a duševních symptomů. Je to dlouhý seznam – od bolesti hlavy a nespavosti až po ztrátu motivace.“* (Kallwass, 2007, s. 59-60).

Můžeme tedy konstatovat, že syndrom vyhoření může postihnout nejen pomáhající profese (jako zdravotní sestry, ošetřovatelky, lékaře, sociální pracovníky, psychology, duchovní) a jiné profese (pedagogy, policisty, vedoucí pracovníky, pracovníky dispečinků, věznic, obchodníky atd.), ale v podstatě každého člověka, který je vystaven dlouhodobému tlaku na výkon a působení dlouhodobého stresu.

5.3.2. Symptomy syndromu vyhoření

Jednotlivých symptomů syndromu vyhoření je celá škála. Pro lepší strukturaci problému je dělíme na příznaky fyzické, psychické a sociální.

Mezi fyzické příznaky lze zařadit například problémy se spánkem, bolesti hlavy, bolesti zad, ztuhlý krk, poruchy krevního oběhu, bolesti u srdce, kolísání váhy (její úbytek či přibývání), častější nemocnost (např.: infekce), únava (vyšší a rychlejší unavitelnost i celková únava organismu), zažívací problémy atd.

Mezi psychické příznaky se řadí zejména pocit vnitřního vyčerpání, podráždění, ztráta koncentrace, špatná paměť, problémy s učením, problémy myslet logicky a dělat rozhodnutí, skleslost až úzkostnost, neschopnost odpočívat, v pracovní oblasti má jedinec pocit, že práci nezvládá, zpochybňuje význam a smysl práce; výrazná ztráta motivace a zájmu o práci; ztráta kreativity a invence; ztráta rovnováhy mezi prací a mimopracovním životem; celkově převáží depresivní pocity jako smutek, beznaděj, frustrace, negativismus, sebelítost atd.

Je zřejmé, že biologicko-psychologické problémy jednotlivce se projeví i v jeho sociální dimenzi bytí - mezi sociální příznaky můžeme řadit například dehumanizované pojetí svého sociálního okolí (včetně klientů či pacientů); snížená schopnost naslouchání a empatie; snížená aktivní komunikace s okolím (kolegové, klienti); nárůst interpersonálních nepochopení až konfliktů až komplexní snížení sociálních aktivit jedince (pracovník se stahuje do sebe a svých problémů).

5.3.3. Dopady syndromu vyhoření na organizaci

Bylo by naivní si myslit, že syndrom vyhoření se týká jen jednotlivce. V poslední době lze v oblasti managementu vidět snahu vedení různých organizací (nejen nemocnic a zdravotnických zařízení) o pochopení působení stresu a syndromu vyhoření na chod organizace jako celku. V té souvislosti lze zmínit jako nejčastěji vnímané dopady pokles celkové motivace k práci v organizaci, zhoršení atmosféry („týmového ducha“ v organizaci), zvýšená konfliktnost na pracovišti, zvýšená absence, zvýšená fluktuace zaměstnanců, zhoršená výkonnost, produktivita a efektivita práce, zvýšení úrazovosti, nárůst stížností od klientů apod.

Z výše uvedených organizačních dopadů (rozhodně bychom našli i další) lze vyčíst další, zejména ekonomické důsledky, které se v konečném souhrnu projeví ve zvýšení nákladů provozu organizace. V případě zdravotnictví, resp. ošetrovatelství, můžeme předpokládat, že na globální společenské úrovni to vede ke zvýšení nákladů na zabezpečení péče o zdraví celé společnosti.

6. Některé související výzkumy

Motivace zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a syndrom vyhoření jsou témata, ve kterých se v posledních letech udělala řada výzkumů a prací. V této kapitole bych chtěl upozornit na některé z nich. Převážná většina z nich pracovala zejména s cílovou skupinou zdravotních sester, a jelikož tato profese, co do počtu nejvýznamnější mezi ostatními zdravotnickými nelékařskými profesemi, budu považovat takové práce za relevantní a obdobné práci mé.

V oblasti motivace a pracovní spokojenosti se jednalo například o velmi podobný výzkum tomuto výzkumu, a to ve Všeobecné nemocnici v Nikosii na Kypru, který byl publikován v roce 2010. Autoři Lambrou, Kontodimopoulos a Niakas, pracovali mimo jiné i se skupinou 219 zdravotních sester, u kterých zjišťovali specifické motivační faktory a vazby mezi motivací a pracovní spokojeností. Jejich výzkum zdůraznil pracovní úspěchy jako jeden z hlavních motivátorů, následován odměňováním, vztahy se spolupracovníky a samotnou charakteristikou práce. Zajímavě dopadlo srovnání pracovní spokojenosti zdravotních sester s lékařskými profesemi (doktory) – sestry vykazovaly signifikantně vyšší celkovou pracovní spokojenost. Celkovou vyšší pracovní spokojenost také vykazovaly zdravotní sestry starší 55 let. (Lambrou at al., 2010).

Dalším podobným výzkumem zabývajícím se spokojeností zdravotních sester a pomocných sil ve zdravotnictví byl výzkum provedený v norských nemocnicích. Autoři zjistili kromě dalšího i to, že nejvýznamnějšími signifikantními determinantami pracovní spokojenosti zdravotních sester je kladné hodnocení a podpora ze strany vedení (resp. přímého nadřízeného, případně ze strany top managementu), jakož i organizace práce. U dalších pomocných zdravotnických pracovníků byly signifikantními faktory zejména profesní rozvoj, kompetence a místní leadership. (Krogstad at al., 2006)

Okrajově můžeme zmínit ještě studii kanadské vědecké pracovnice L. Edgarové zabývající se některými charakteristikami pracovní motivace zdravotních sester ve vazbě na pracovní spokojenost a další proměnné. Autorka mimo jiné také zjistila, že mezi významné determinanty pracovní spokojenosti patří tyto čtyři

oblasti: podpora pracovní autonomie zdravotní sestry, komunikace, adekvátní čas vyčleněný pro péči o pacienty a jistoty resp. nejistoty plynoucí z komplexního pracovního prostředí obklopující zdravotní sestru při její práci. (Edgar, 1999).

V oblasti syndromu vyhoření se jednalo například o výzkum zaměřený na burnout u zdravotních sester a pomocného personálu na jednotkách intenzivní péče. Autoři realizovali svůj výzkum na cca 250 zdravotnických zařízeních ve Francii a měřili syndrom vyhoření pomocí dotazníku MBI u vzorku čítajícího téměř tři tisíce osob. Jejich cílem bylo identifikovat hlavní determinanty syndromu vyhoření (BOS-burnout syndrome). Mezi hlavní zjištění patří kriticky zvýšená míra výskytu až u 33% vzorku, zjištěné vazby na věk, organizační faktory (možnost vzít si volno), možnost účastnit se výzkumné pracovní skupiny, vztahy na pracovišti s kolegy, vedoucí sestrou a doktorem a péči o umírající. Z výzkumu vzešla doporučení na prevenci v oblasti předcházení konfliktů na pracovišti, větší účasti ve výzkumné pracovní skupině a zlepšení organizace péče o umírající pacienty. (Poncet et al., 2006).

Český výzkumný tým Šeblová, Kebza, Vígnerová provedl studii u cílové skupiny pracovníků záchranných služeb zaměřenou na zátěž a stres. Autoři zjistili vazbu mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření, dále pak náchylnost k syndromu vyhoření u některých profesí, resp. pracovních pozic jako dispečerů. (Šeblová a kol., 2003).

Další studie ověřovaly determinanty syndromu vyhoření. Jak píše Laschinger, tak autoři Maslach a Leiter objevili hlavní zdroj syndromu vyhoření zdravotních sester v:

- pracovní přetíženosti (tj. příliš málo času a zdrojů ke zvládnutí práce)
- nedostatku řízení například v situacích, kdy se preferuje snižování nákladů než vycházení vstříc potřebám pracovníků.
- úkolech, které nejsou v souladu s hodnotami a přesvědčeními pracovníka
- neférových manažerských postupech

Dále například Aiken a kol. spojili nízkou míru pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření zdravotních sester s determinantami pracovního prostředí, které vykazovalo:

- potřebnou autonomii pro určitá pracovní rozhodnutí
- existenci vlivu na rozhodnutí týkající se pracovního prostředí
- dobré vztahy na pracovišti mezi sestrou a doktorem

Další autoři například zjistili, že emoční vyčerpání zdravotních sester souvisí s tlakem na pracovní výkon, nedostatkem sociální podpory na pracovišti nebo výraznou disbalancí mezi očekáváními spojenými s požadavky na práci zdravotní sestry a její odměnou. (in Laschinger, 2003).

V oblasti výzkumu determinant pracovní motivace a spokojenosti včetně syndromu vyhoření najdeme i řadu prací bakalářských a diplomových. Pro příklad můžeme uvést výzkum spokojenosti s prací u zdravotních sester, v němž autorka zjistila, že spokojenost zdravotních sester s vlastní prací souvisí s adaptací na práci, mírou výskytu negativních fyzikálních činitelů a mezilidskými vztahy na pracovišti. (Melechová, 2007).

V jiném výzkumu zaměřeném více do oblasti syndromu vyhoření, uvádí autorka, že se nepotvrdila hypotéza o statisticky významném vztahu mezi mírou vyhoření a celkovým počtem let praxe zdravotní sestry. Dále pak je zajímavé zjištění, že nebyla zjištěna významná korelace mezi finančním ohodnocením zdravotní sestry a její mírou syndromu vyhoření, byť vzorek často uváděl na škále vůbec nejnižší spokojenost se svým finančním ohodnocením. (Chalupová, 2009).

Zjištění některých podobných determinant a korelací z oblastí pracovní motivace, pracovní spokojenosti a syndromu vyhoření budou předmětem následného výzkumu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7. Metodologický rámec výzkumu

7.1. Problém, cíle, hypotézy

7.1.1. Formulace problému

V souvislosti s poznatky k problematice motivace a práce zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, které byly uvedeny v předchozí teoretické části, vč. poznatků týkajících se pracovní spokojenosti a jejich determinujících činitelů, syndromu vyhoření a dalších specifických činitelů motivace těchto pracovníků, lze konstatovat, že současné zdravotnictví se potýká s celou řadou problémů. Problémy, které nás zajímají v této práci, budou v konečné fázi souviset se spokojeností každého pacienta, potažmo celé naší společnosti se zdravotnictvím jako celkem. Je zřejmé, že vedle lékařů je to právě zdravotní setra (a samozřejmě další pracovníci nemocnic a jiných zařízení poskytujících zdravotní péči), kteří výraznou měrou ovlivňují spokojenost pacientů. Předpokládáme, že spokojenost společnosti se zdravotnictvím je ovlivněna také motivací pracovníků poskytujících zdravotní péči. Motivace je fenomén specifický každému člověku, přesto lze nalézt určité společné determinanty, vč. shrnujících teorií, o kterých jsme pojednávali v teoretické části. Je zřejmé, že na motivaci člověka působí řada činitelů a mezi nimi i celková pracovní spokojenost. Ta je zase ovlivněna řadou dílčích činitelů jako samotnou práci, fyzikálními podmínkami, ohodnocením, vztahy na pracovišti a dalšími vč. míry syndromu vyhoření, kterému jsem se věnoval detailněji a který považuji za samostatný fenomén v práci pomáhajících profesí.

Co tedy motivuje pracovníky nemocnic (mimo lékařů) k tomu, aby podávali dobré výkony a poskytovali kvalitní péči? Nakolik souvisí spokojenost pracovníků nemocnic s vlastní prací s jejich věkem, dobou práce pro danou nemocnici, mírou vyhoření? Jaké jsou další determinující činitele celkové pracovní spokojenosti? Jak to souvisí s postoji k péči o pacienty? Všechny tyto a další otázky můžeme klást a cítíme, že jejich odpovědi nejsou nevýznamné pro pochopení práce a

výkonu pracovníků nemocnic. Výkonu, na kterém (vedle výkonu lékařů) částečně závisí to, co považujeme jako jednu z nejdůležitějších hodnot – naše zdraví.

V následujícím výzkumu jsem se zaměřil na zodpovězení některých uvedených otázek.

7.1.2. Formulace cílů

Mezi čtyři hlavní cíle výzkumu jsem zařadil:

- Zjistit profilující postoje zdravotnických pracovníků nelékařských oborů ve vybraných dimenzích jejich pracovní spokojenosti
- Zjistit úroveň a strukturu spokojenosti s vlastní prací u těchto pracovníků
- Zjistit úroveň a strukturu syndromu vyhoření u těchto pracovníků
- Zjistit významné koreláty související s pracovní spokojeností a dílčími činiteli vč. míry vyhoření

Ve svém výzkumu jsem chtěl ověřit, nakolik se teorie a poznatky uvedené v teoretické části shodují se zjištěními v konkrétním zdravotnickém zařízení. Dále bylo mým záměrem přispět managementu zdravotnického zařízení v poznání síly motivačních činitelů, tj. analyzovat, nakolik koreluje pracovní spokojenost zdravotnických pracovníků s dílčími pracovními činiteli jako je jejich odměňování, pracovní podmínky na odděleních, atmosféra v kolektivu apod. a osobními charakteristikami týkajícími se věku, délky pracovní kariéry, rodinného stavu, počtu dětí, vč. syndromu vyhoření.

7.1.3. Formulace hypotéz

V souvislosti se stanovenými cíli jsem stanovil tyto pracovní hypotézy:

H₁: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou spokojenosti s vlastní prací zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací.

H₂: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšujícím se věkem zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací.

H₃: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a poklesem spokojenosti s jejich vlastní prací.

H₄: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se senioritou na odděleních a růstem míry vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.

H₅: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se senioritou ve zdravotnickém zařízení a růstem míry vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.

7.2. Aplikovaná metodika

7.2.1. Dotazníky

Pro účely mého výzkumu jsem použil dva dotazníky. Oba dotazníky byly spojeny do jednoho setu (viz příloha) a předkládány respondentům společně. Vyhodnocování probíhalo samostatně. Prvním dotazníkem byl dotazník BM týkající se psychického vyhoření. Druhým dotazníkem byl nestandardizovaný dotazník pracovní spokojenosti zdravotních sester DSZS v drobné úpravě pro další zdravotnické pracovníky nelékařských oborů.

Dotazník BM (Burnout Measure)

Dotazník BM je zaměřen na hodnocení míry psychického vyhoření. Byl vytvořen E. Aronsonem a A. Pinesovou v roce 1980. Tento dotazník patří mezi jeden z nejužívanějších dotazníků měřící míru vyhoření, lze ho nalézt v knize Jak neztratit nadšení od Jara Křivohlavého (Křivohlavý, 1998). Je zaměřen na:

- fyzické vyčerpání

- emocionální vyčerpání
- duševní vyčerpání

Jak uvádí Polášková, „*Faktorovou analýzou bylo zjištěno, že vyčerpání je hlavním a v podstatě jediným faktorem, který sytí tento dotazník (celkem 69%). Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou reliabilitu po dobu 1 až 4 měsíců, vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám a kdy ho hodnotí ten, kdo ho dobře zná.*“ Dotazník BM se skládá z 21 tvrzení. Na každé tvrzení respondent odpovídá na 7stupňové škále od „nikdy“ až po „vždy“. Může získat od 1 do 7 bodů. Pro vyhodnocení se používá tento postup:

1. Součet bodů u všech otázek mimo otázky 3, 6, 19, 20. Výsledek je označen jako „A“.
2. Součet bodů u otázek 3, 6, 19, 20. Výsledek je označen jako „B“.
3. „B“ se odečte od čísla 32 a poté se přičte „A“. Výsledek je označen jako „D“.
4. Pro určení celkového skóre „BQ-míra psychického vyhoření“ je nutno zjistit podíl D/21.
5. Pro interpretaci se používá tato škála:

BQ je nižší než 2	dobrý výsledek z hlediska psychologie zdraví
BQ je od 2 do 2,99	uspokojivý výsledek
BQ je od 3 do 3,99	potencionální ohrožení
BQ je od 4 do 4,99	přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
BQ je roven a větší 5	havarijní signál - nutná terapeutická pomoc

Dotazník pracovní spokojenosti zdravotních sester DSZS

Dotazník pracovní spokojenosti zdravotních sester DSZS, jehož autorem je doc. PhDr. Z. Vtípil, CSc. a byl použit M. Karáskovou na FF UP (Vtípil, Z., Karásková, M. (1995). DSZS. Olomouc: Katedra psychologie, FF UP) je zaměřený na zjištění nejruznějších činitelů, které ovlivňují pracovní spokojenost zdravotních sester. Ten byl mírně upraven k využití pro další zdravotnické pracovníky nelékařských oborů. Jednalo se o stylistickou úpravu otázek – zohlednění i

mužského pohlaví (např.: „Jste spokojena na současném pracovišti?“ na „Jste spokojen/a na současném pracovišti?“) a dále byl do sekce OD-PO (Odměňování) doplněna otázka týkající se pracovních benefitů (viz příloha). Konečně pro lepší práci s dotazníkem a přehlednost byly některé části vypuštěny (část „FC“ a „APO“) a jiné části sloučeny (vyhodnocování však zůstalo samostatné). Podrobnější popis dotazníku je uveden dále:

- část „CPSF a ZS“ se dotazuje na celkovou spokojenost zdravotních sester a jejich flukтуаční tendence. Skládá se ze tří oddílů po 5 otázkách, v nichž je možno 3 až 15 bodů. Část „ZS“ je zaměřena na zdravotní stav dotazovaných - 5 možností označení zdravotního stavu, čím vyšší číslo, tím lepší hodnocení zdravotního stavu.
- část „VZ“ se dotazuje na spokojenosti s mezilidskými vztahy na pracovišti. Je rozdělena na 5 částí, je možno dosáhnout 5 až 20 bodů.
- část „RJSB“ je standardizovaným dotazníkem (Revised Job Satisfaction Blank) od autorů A. Braifield a H. Rothe. Dotazuje se na postoje k vlastní práci. V dotazníku je 18 výroků o práci a dotazované osoby mají označit na pětistupňové bodovací stupnici číslo, které nejlépe vystihuje jejich postoj. Od čísla „1“ - silný nesouhlas až po číslo „5“ - silný souhlas. Je možno získat 18 až 90 bodů.
- část „OST“ se dotazuje na spokojenost s ostatními - organizačními, společenskými, technickými, časovými a dalšími okolnostmi práce. Obsahuje 23 tvrzení, na škále od 1 do 5 se vyhodnocuje míra negativního ovlivnění - 1 nejvyšší stupeň negativního ovlivnění a 5 nejnižší stupeň negativního ovlivnění mé spokojenosti. Je možno získat 23 až 115 bodů.
- část „OD PO a BE“ se dotazuje na postoje vůči odměňování v souvislosti s kvalifikací a schopnostmi. „OD PO“ obsahuje 15 tvrzení, kde je možnost pětistupňové volby - 1 znamená maximální nespokojenost a 5 maximální spokojenost. Tato část byla na žádost zařízení, kde probíhalo šetření, doplněna o „BE“ – tj. 2 tvrzení dotazující se na poskytované benefity. Tato subčást se nezapočítává do celkového hodnocení, vyhodnocuje se samostatně.

- část „PP“ se dotazuje na negativní postoje k okolnostem péče o pacienty. Obsahuje 15 otázek a také pětistupňovou škálu, ve které dotazovaný hodnotí míru negativních pocitů. Je možno získat 15 až 75 bodů.
- část „SD“ se dotazuje na statusová data jako je věk, pracovní zařazení, název oddělení, rodinný stav, počet dětí, délku pracovního poměru-senioritu na oddělení a ve zdravotnickém zařízení, průměrný měsíční příjem.

7.2.2. Statistika

Hodnoty získané vyhodnocením výše uvedených dotazníků byly dále statisticky zpracovány prostřednictvím tabulkového kalkulátoru Excel. Pro sledování výzkumných cílů, které jsem si vytýčil, a pro přijetí/nepřijetí hypotéz jsem použil tyto statistické metody:

- výpočet absolutní četnosti (AČ) a relativní četnosti (RČ) a zpracování do přehledových tabulek a grafů
 - o a to pro výsledky proměnné BQ (míra vyhoření) ve sledovaném souboru
 - o pro výsledek četností proměnné RJSB (spokojenost s vlastní prací)
 - o pro úvodní popis zkoumaného souboru
- výpočet vzájemných korelací mezi
 - o věkem a BQ (mírou vyhoření) a hlavními dimenzemi DSZS
 - o senioritou na oddělení a BQ (mírou vyhoření) a hlavními dimenzemi DSZS
 - o senioritou ve zdravotnickém zařízení a BQ (mírou vyhoření) a hlavními dimenzemi DSZS
 - o BQ (mírou vyhoření) a hlavními dimenzemi DSZS
 - o CPSF (celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence) a dalšími hlavními dimenzemi DSZS
 - o RJSB (spokojenost s vlastní prací) a dalšími hlavními dimenzemi DSZS

Pro výpočet korelací byl použit Pearsonův korelační koeficient pro metrická data (r) a nabývá hodnot v intervalu $\langle -1, +1 \rangle$. „Je-li $r = -1$, pak to znamená, že mezi oběma proměnnými je výrazně protikladný vztah negativní korelace. Je-li $r = +1$, pak mezi proměnnými existuje pozitivní lineární souvislost. Pokud obě proměnné nejsou v žádné souvislosti, jsou rozptýlené nezávisle na sobě, korelační koeficient $r = 0$. Z velikosti r se dá zjistit těsnost zkoumaného vztahu. V psychologickém výzkumu se hodnota korelačního koeficientu 0,6 a vyšší považuje za dosti vysokou.“ (Reiterová, 2004, s.36).

Pro výpočet korelací byl použit vzorec (Reiterová, 2004, s. 36):

$$r = \frac{n \sum x_i y_i - \sum x_i \sum y_i}{\sqrt{[n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2] [n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2]}}$$

n = počet jednotlivců

x = odchylka nějakého jednotlivce od aritmetického průměru v testu x

y = odchylka stejného jednotlivce od aritmetického průměru v testu y

Suma xy = součet všech součinů odchylek

Kritické hodnoty „ r “, tj. signifikantnost korelace, pro náš soubor $n=76$ jsou u vybraných hladin významnosti:

$\alpha = 0,01$ (1% hladina významnosti)... $r = 0,2905$

$\alpha = 0,05$ (5% hladina významnosti)... $r = 0,2231$

Je-li vypočítané „ r “ větší než uvedené kritické hodnoty z tabulek, pak je signifikantní na hladině významnosti α .

7.3. Popis zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor, na který byl zaměřen výzkum této práce, byl tvořen zdravotnickými pracovníky nelékařských oborů jedné nemocnice v Moravskoslezském kraji. Z valné většiny se jednalo o profesi zdravotních sester, ale výzkum nebyl zaměřen jen na ni, ale i na další nelékařské zdravotnické pracovníky jako například fyzioterapeuty, zdravotní laboranty, bioanalytiky, nutriční terapeuty, radiologické asistenty a další. Jednotliví pracovníci, kteří se výzkumu zúčastnili, pracují na různých odděleních v rámci jedné budovy, resp. jedné nemocnice.

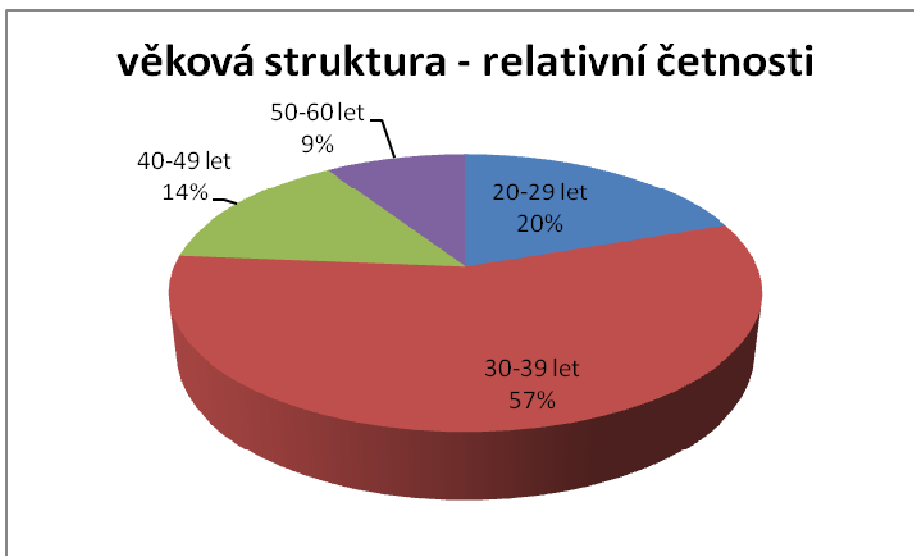
V konečném počtu se jednalo o 76 pracovníků nemocnice, z valné většiny žen. Pro bližší přiblížení zkoumaného souboru uvádím některé údaje ze statusových dat (jen ty údaje, které souvisejí s uvedenými cíli výzkumu):

Věková struktura zkoumaného souboru

Tab.: Věková struktura

Věk	absolutní četnosti	relativní četnosti
20-29 let	15	20%
30-39 let	43	57%
40-49 let	11	14%
50-60 let	7	9%

Graf: Věková struktura



Z výše uvedené tabulky a grafu věkové struktury vyplývá, že ve zkoumaném souboru z větší poloviny (57%) převažovali pracovníci ve věkovém rozpětí 30-39 let. Druhou nejpočetnější skupinu (20%) tvořila nejmladší skupina 20-29letých. 14% z celku tvořili 40-49letí a nejméně početnou skupinou byli nejstarší mezi 50-60lety. Průměrný věk (střední hodnota) pracovníka ze zkoumaného souboru činil 35,5 let.

Struktura seniority na oddělení (počet odpracovaných let na oddělení)

Tab.: Seniorita na oddělení

Počet let	absolutní četnosti	relativní četnosti
do 2 let	15	20%
3-5 let	20	26%
6-10 let	28	37%
11-20 let	10	13%
víc než 20 let	3	4%

Graf: Seniorita na oddělení – relativní četnosti



Z tabulky a grafického znázornění struktury seniority na oddělení, tj. počet odpracovaných let na oddělení je zřejmé, že ve zkoumaném souboru se nacházelo nejvíce pracovníků (37%) v rozmezí 6-10 let. O víc než deset procent méně (26%) tvořila skupina pracovníků s 3-5 odpracovanými léty na oddělení. Na třetím místě (20%) se objevila skupina nejmladších pracovníků na oddělení, tj. do 2 let. S 13% z celku a se 4% z celku se ve zkoumaném souboru nacházeli pracovníci s nejdelší praxí na oddělení, a to 11-20 let, resp. nad 20 let práce na oddělení. Průměrný počet odpracovaných let (střední hodnota) na oddělení u zkoumaného souboru činil 7,2 let.

Struktura seniority ve zdravotnickém zařízení (počet odpracovaných let ve zdravotnickém zařízení)

Tab.: Seniorita ve zdravotnickém zařízení

Počet let	absolutní četnosti	relativní četnosti
do 2 let	9	12%
3-5 let	9	12%
6-10 let	23	30%
11-20 let	24	32%
víc než 20 let	11	14%

Graf: Seniorita ve zdravotnickém zařízení – relativní četnosti



Z výše uvedené tabulky a grafu struktury pracovníků dle odpracovaných let ve zdravotnickém zařízení vyplývá, že ve zkoumaném souboru se vyskytovala téměř třetina (32%) pracovníků s relativně dlouhou praxí mezi 11-20 lety ve zdravotnickém středisku, těsně následována skupinou s praxí 6-10 let (30%). S poměrně velkým odstupem následují podobně v počtu zastoupené skupiny pracovníků s praxí víc než 20 let (14%), 3-5 let (12%) a do 2 let (12%). Průměrný počet (střední hodnota) odpracovaných let ve zdravotnickém zařízení u zkoumaného souboru činil 12,03 let. Ze srovnání obou tabulek seniority vyplývá, že existuje skupina pracovníků, kteří v rámci jednoho zdravotnického zařízení vystřídali minimálně dva pracovní místa na různých odděleních.

7.4. Organizace šetření

Pro získání dat byla použita technika dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření, včetně cílů výzkumu, bylo představeno zástupci vedení nemocnice, se kterým byl projednán postup šetření, distribuce a sběr dotazníků. Při diskusi se ze strany vedení objevila potřeba zjištění dat o spokojenosti s využíváním pracovních benefitů. Jelikož se jednalo o otázku, která úzce souvisela s jednou sledovanou dimenzí v dotazníku DSZS, byla tato rozšířena o 2 otázky (tyto se vyhodnocovaly samostatně).

Aby se dosáhlo větší návratnosti dotazníků, byla provedena tato opatření:

- dotazníky byly distribuovány na všechna oddělení dané nemocnice
- všechny vedoucí oddělení (staniční sestry) byly o výzkumu předem informovány a požádány o spolupráci
- distribuce byla provedena ve dvou různých termínech, sběr probíhal průběžně na vymezených místech
- oba dotazníky byly pro přehlednost sloučeny v jeden celek a formálně upraveny do přehledných tabulek (viz příloha)
- ke každému dotazníku byl přiložen úvodní informace o účelu výzkumu, zaštitění Katedrou psychologie FF UP a anonymitě výzkumu

Pro účely této práce se plánoval zisk minimálně 60 kusů dotazníků. Jelikož se očekávalo, že návratnost by mohla být kolem 50%, a že některé dotazníky nebude možno pro svou neúplnost či chybné vyplňování dále použít, byl distribuován v počtu 200 kusů. Konečný počet získaných dotazníků, se kterými se dále pracovalo a jejichž data jsou použita ve výsledcích výzkumu, byl 76 kusů.

Práce spojené s organizací šetření probíhaly v druhém a třetím kvartále roku 2010.

7.5. Symbolika výsledkové části

Pro přehlednost výstupů a popis výsledků získaných dat z dotazníků BM (míry syndromu vyhoření) a upraveného DSZS (dotazníku spokojenosti zdravotních sester) pro použití i u dalších zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, byla ve výsledkové části použita tato symbolika:

BQ	Celkový výsledek dotazníku BM (Burnout Measure) – míra psychického vyhoření
CPSF	Celková pracovní spokojenost a flukuační tendence
ZS	Zdravotní stav
VZ	Mezilidské vztahy
RJSB	Spokojenost s vlastní prací
OST	Organizační, společenské, technické a časové aj. okolnosti práce
OD-PO	Odměňování, kvalifikace, postup
BE	Benefity
PP	Postoje k péči o pacienty (negativní)
SD	Statusová data

8. Výsledky výzkumu

V této kapitole budou prezentovány hlavní výstupy z provedeného výzkumu a to tak, aby poskytly dostatečnou informaci k pochopení hlavních profilujících postojů pracovníků zkoumaného zdravotnického zařízení ve vybraných dimenzích jejich pracovní spokojenosti, potažmo pochopení částí jejich pracovní motivace, která může být potřebou „být v práci spokojen/spokojena“ více či méně určována.

V první podkapitole budou prezentovány základní výstupy z dotazníku DSZS, a to jak celkové srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích jejich pracovní spokojenosti, tak poté rozdělení četností u výsledků v dimenzi spokojenosti s vlastní prací (RJSB). Dále pak budou prezentovány výstupy z dotazníku BM, a to rozdělení četností míry vyhoření u zkoumaného souboru. Výběr právě těchto výsledků k prezentaci je v přímé vazbě s vytýčenými cíli výzkumu.

Ve druhé podkapitole budou prezentovány zjištěné korelace mezi jednotlivými proměnnými. Interpretovány budou pouze ty, které lze z hlediska statistické významnosti považovat za signifikantní.

Třetí a poslední podkapitola bude věnována vytýčeným hypotézám, resp. ověření jejich platnosti.

8.1. Základní výstupy šetření

V této podkapitole budou prezentovány základní výstupy z dotazníku DSZS, a to jak celkové srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích pracovní spokojenosti, tak rozdělení četností u výsledků v dimenzi spokojenosti s vlastní prací (RJSB). Dále pak budou prezentovány výstupy z dotazníku BM, a to rozdělení četností míry vyhoření u zkoumaného souboru.

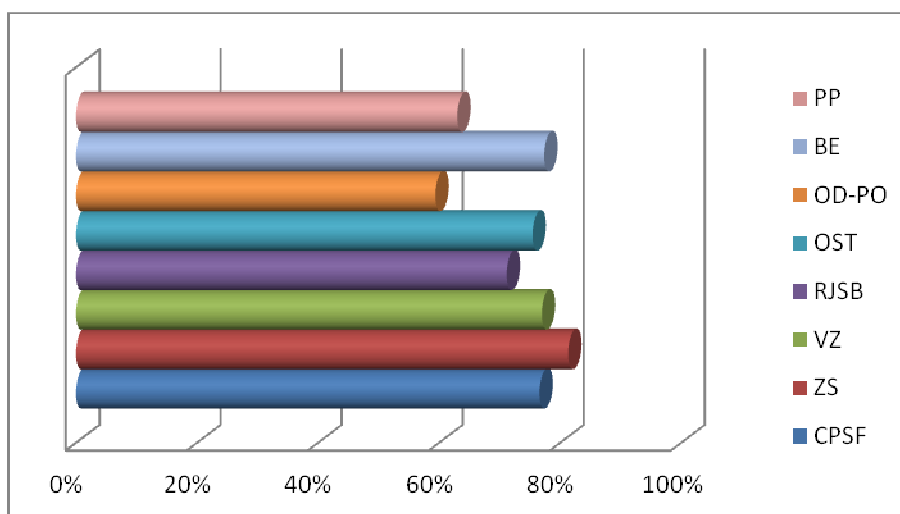
8.1.1. Celkové srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích pracovní spokojenosti dotazníku DSZS

Dotazník DSZS byl tvořen kromě statusových dat těmito dimenzemi pracovní spokojenosti: CPSF (celková pracovní spokojenost a flukuační tendence), ZS (zdravotní stav), VZ (mezilidské vztahy), RJSB (spokojenost s vlastní prací), OST (Organizační, společenské, technické a časové a jiné okolnosti práce), OD-PO (odměňování, kvalifikace, postup), BE (benefity) a PP (postoje k péči o pacienty). Pro celkový přehled, jak byly jednotlivé dimenze - činitele ovlivňující pracovní spokojenost zkoumaného souboru hodnoceny, je uvedena následující tabulka středních hodnot, resp. průměrného výsledku v absolutním a relativním vyjádření:

Tab.: Porovnání středních hodnot v jednotlivých dimenzích DSZS zkoumaného souboru

Jednotlivé dimenze DSZS	relativní spokojenost (stř. hodnota)	střední hodnota souboru	maximální možný výsledek
CPSF	77%	11,49	15
ZS	81%	4,07	5
VZ	77%	15,39	20
RJSB	71%	64,05	90
OST	75%	86,75	115
OD-PO	59%	47,51	80
BE	77%	3,87	5
PP	63%	27,58	75

Graf: Porovnání relativní spokojenosti v jednotlivých dimenzích DSZS



Je zřejmé, že z výše uvedené tabulky a grafu lze vyčíst nadprůměrnou spokojenost zkoumaného souboru ve všech dimenzích. Můžeme konstatovat, že většina dimenzí se pohybuje v pásmu nadprůměru, v relativním hodnocení nad 70% na pomyslné škále spokojenosti, a to se dvěma výjimkami – v oblasti postojů v péči o pacienty a zejména v oblasti OD-PO, tj. spokojenosti s odměňováním, využitím kvalifikace a možnostmi pracovního postupu, kdy střední hodnota zkoumaného souboru dosáhla „pouhých“ 59% maximálně možného výsledku (maximálně možné spokojenosti).

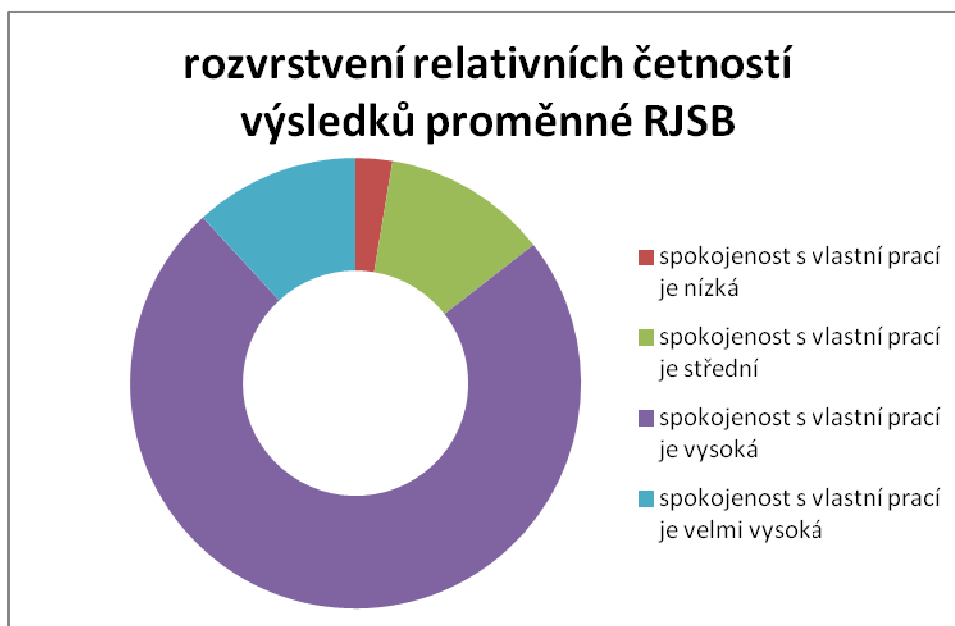
8.1.2. Rozdělení četností výsledků v dimenzi spokojenosti s vlastní prací (RJSB)

Tato dimenze dotazníku DSZS byla zaměřena na postoje respondentů k vlastní práci. Nakolik ji považují za zajímavou a příjemnou, nakolik jsou jí zaujati, zda je stále uspokojuje, zda ji mají stále rádi. Níže je uvedena tabulka četností odpovědí:

Tab.: Rozvrstvení četností výsledku proměnné RJSB

rozvrstvení RJSB	absolutní četnosti	relativní četnosti	slovní hodnocení výsledku:
RJSB je nižší než 19 bodů	0	0%	spokojenost s vlastní prací je velmi nízká
RJSB je od 19 do 36 b.	2	3%	spokojenost s vlastní prací je nízká
RJSB je od 37 do 54 b.	9	12%	spokojenost s vlastní prací je střední
RJSB je od 55 do 72 b.	56	74%	spokojenost s vlastní prací je vysoká
RJSB je větší než 72 b.	9	12%	spokojenost s vlastní prací je velmi vysoká
Celkem	76	100%	

Graf: Rozvrstvení relativních četností výsledků proměnné RJSB



Z uvedených výsledků vyplývá, že zkoumaný soubor pracovníků zdravotnického zařízení se převážně (56 osob, tj. 74% z celkového počtu osob) nachází v pásmu vysoké spokojenosti s vlastní prací. Dokonce 9 osob (12% z celku) vykazuje spokojenost v posledním nejvyšším pásmu spokojenosti s vlastní prací. Shodný počet 9 osob se také nachází ve středním pásmu spokojeností. Jen 2 osoby hodnotily spokojenost s vlastní prací jako nízkou (2. nejnižší pásmo).

Průměrný výsledek (střední hodnota) zkoumaného souboru se je 64,05 bodů, což odpovídá relativně 71% míře spokojenosti s vlastní prací.

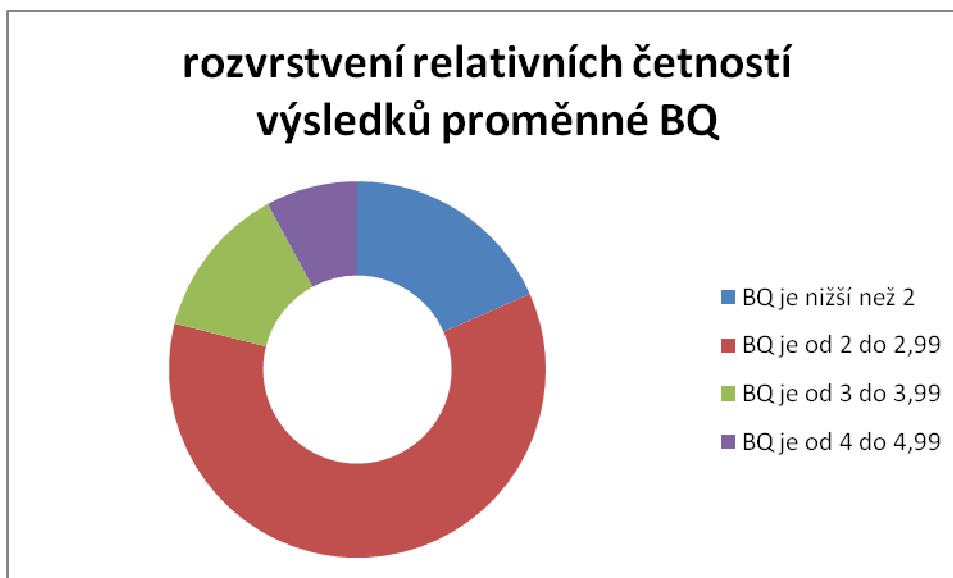
8.1.2. Rozdělení četností míry vyhoření u zkoumaného souboru

Výsledky z dotazníku BM jsou prezentovány níže. Jedná se o rozdělení četností výsledku – BQ, resp. míry vyhoření u zkoumaného souboru.

Tab.: Rozvrstvení četností výsledků proměnné BQ

rozdělení BQ	absolutní četnosti	relativní četnosti	slovní hodnocení výsledku:
BQ je nižší než 2	14	18%	dobry výsledek z hlediska psychologie zdraví
BQ je od 2 do 2,99	46	61%	uspokojivy výsledek
BQ je od 3 do 3,99	10	13%	potencionální ohrožení
BQ je od 4 do 4,99	6	8%	přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
BQ je roven a větší 5	0	0%	havarijní signál - nutná terapeutická pomoc
Celkem	76	100%	

Graf: Rozvrstvení relativních četností výsledků proměnné BQ



Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že největší počet (46 pracovníků, tj. 61% z celkového počtu pracovníků) dosáhlo BQ v intervalu od 2 do 2,99 bodů, což autoři dotazníku hodnotí jako uspokojivý výsledek z hlediska psychologie zdraví. Relativně vysoký počet (14 pracovníků, 18% z celku) dosáhlo ještě o úroveň lepší výsledek – pásmo nejlepší, kdy výsledek je nižší než 2. Třetí nejpočetnější

skupina s výsledkem od 3 do 3,99 bodů je dána 10 pracovníky (13% z celku), které lze z hlediska míry vyhoření hodnotit jako potenciálně ohrožené. U 6 pracovníků (8% z celku) lze přítomnost syndromu psychického vyhoření považovat za prokázanou (výsledek od 4 do 4,99). V nejhorší kategorii, kdy BQ je roven či větší číslu 5 se v době šetření nenacházel žádný pracovník zdravotnického zařízení.

Průměrný výsledek (střední hodnota) zkoumaného souboru byla 2,54, což odpovídá zmíněnému pásmu s uspokojivým výsledkem.

8.2. Některé vybrané koreláty

V této podkapitole budou prezentovány zjištěné korelace mezi jednotlivými proměnnými, které byly v rámci výzkumu sledovány. Interpretovány budou pouze ty, které lze z hlediska statistické významnosti považovat za signifikantní. Celková tabulka měřených korelací je uvedena níže:

Tab.: Přehled korelátů mezi sledovanými proměnnými:

Pearson	BQ	CPSF	ZS	VZ	RJSB	OST	OD-PO	BE	PP
věk	-0,083	0,245	-0,256	0,023	0,120	0,051	0,082	0,143	-0,035
seniorita na oddělení	-0,019	-0,059	-0,270	-0,024	-0,004	0,073	-0,080	0,028	-0,184
seniorita ve zdr. zařízení	-0,083	0,255	-0,206	0,219	0,193	0,180	0,017	0,137	-0,112
BQ	-	-0,335	-0,433	-0,181	-0,411	0,058	-0,374	-0,133	0,283
CPSF	-	-	0,095	0,415	0,517	0,017	0,297	0,147	-0,126
RJSB	-	-	0,257	0,376	-	-0,058	0,207	0,010	-0,179

Vysvětlivky použitých zkratk v tab.:

BQ Míra syndromu vyhoření

CPSF Celková pracovní spokojenost a flukuační tendence

ZS Zdravotní stav

VZ Mezilidské vztahy

RJSB Spokojenost s vlastní prací

OST Organizační, společenské, technické a časové aj. okolnosti práce

OD-PO Odměňování, kvalifikace, postup

BE Benefity

PP Neg. postoje k péči o pacienty

Hladiny významnosti dle tabulek:

5% hl. význam.: 0,2231 (vyšší hodnoty barevně označeny v tab.)

1% hl. význam.: 0,2905 (vyšší hodnoty barevně označeny v tab.)

8.2.1. Významné koreláty věku

Z výsledků v tabulce celkového přehledu korelátů lze zjistit, že věk významně koreloval se dvěma proměnnými. Na 5% hladině významnosti pozitivně koreloval s CPSF ($r=0,245$) a negativně se ZS ($r= -0,256$).

Se zvyšujícím se věkem se tedy ve sledovaném souboru zvyšovala celková pracovní spokojenost a snižovaly flukтуаční tendence a zároveň se snižovalo hodnocení vlastního zdravotního stavu.

8.2.2. Významné koreláty seniority na oddělení

Co se týče seniority na oddělení, lze za významnou považovat pouze jednu korelaci, a to negativní korelaci na 5% hladině významnosti s proměnnou ZS ($r = -0,270$).

Se zvyšujícími se odpracovanými léty na oddělení se tedy ve sledovaném souboru snižovalo hodnocení vlastního zdravotního stavu.

8.2.3. Významné koreláty seniority ve zdravotnickém zařízení

Pokud zvažujeme senioritu ve zdravotnickém zařízení a její významné koreláty, lze konstatovat, že na 5% hladině významnosti pozitivně korelovala ($r=0,255$) pouze s CPSF.

Se zvyšujícími se odpracovanými léty ve zdravotnickém zařízení se ve sledovaném souboru zvyšovala celková pracovní spokojenost a snižovaly flukтуаční tendence. (Lze si povšimnout i zajímavého rozdílu u stejné dimenze CPSF a seniority na oddělení, kde korelace byla dokonce záporná.)

8.2.4. Významné koreláty CPSF

Co se týče celkové pracovní spokojenosti a flukтуаčních tendencí, lze z tabulky korelátu vyčíst mimo již zmíněné koreláty s věkem a senioritou ve zdr. zařízení i další významné korelace. Na 1% hladině významnosti CPSF pozitivně korelovala s proměnnými VZ ($r=0,415$), s RJSB ($R=0,517$) a proměnnou OD-PO ($r=0,297$).

Celková pracovní spokojenost se tedy ve sledovaném souboru zvyšovala se zvyšujícím se věkem, odpracovanými léty ve zdravotnickém zařízení a dále pak se zvyšující se spokojeností s mezilidskými vztahy a spokojeností s vlastní prací (u posledních dvou korelací, VZ a RJSB se jednalo zároveň o dvě ze tří

nejsilnějších zjištěných korelací vůbec). Dále se se zvyšující CPSF zvyšovala i dimenze spokojenosti s odměňováním, využitím kvalifikace a možným postupem.

8.2.5. Významné koreláty RJSB

Z tabulky vyplývají tyto korelace se spokojeností s vlastní prací: kromě již zmíněné nejsilnější korelace s CPSF také pozitivní korelace se ZS ($r=0,257$), a to na 5% hladině významnosti a dále pak pozitivní korelace na 1% hladině významnosti s proměnnou VZ ($R=0,376$).

Lze tedy konstatovat, že spokojenost s vlastní prací se zvyšovala u zkoumaného souboru se zvyšující se celkovou pracovní spokojeností, zvyšující se spokojeností s vlastním zdravím a mezilidskými vztahy na pracovišti.

8.2.6. Významné koreláty BQ

Pokud zvažujeme - zatím nezmíněnou - proměnnou BQ, tj. míru vyhoření a její významné koreláty, lze konstatovat, že z tabulky korelátů lze vyčíst hned několik významně těsných vztahů:

Na 5% hladině významnosti BQ pozitivně korelovala pouze s PP ($r=0,283$). Na 1% hladině významnosti BQ negativně korelovala s CPSF ($r= -0,335$), se ZS ($r= -0,433$), s RJSB ($r= -0,411$) a proměnnou OD-PO ($r= -0,374$).

Můžeme tedy shrnout, že míra psychického vyhoření u zkoumaného souboru se snižovala se snižujícími se negativními pocity k péči o pacienty. Dále se míra psychického vyhoření také snižovala se zvyšující se celkovou pracovní spokojeností, se zlepšujícím se hodnocením svého zdravotního stavu, se zvyšující se spokojeností s vlastní prací a zvyšující se spokojeností s odměňováním, uplatněním kvalifikace a možnostmi postupu.

8.3. K platnosti hypotéz

Tato podkapitola bude věnována vytýčeným hypotézám, resp. ověření jejich platnosti. Pro ověření byly použity výsledky předchozí kapitoly týkající se korelací a jejich statistické významnosti.

H₁: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou spokojenosti s vlastní prací zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací.

Pozitivní korelace mezi RJSB a CPSF byla prokázána na 1% hladině významnosti ($r=0,517$, vůbec nejsilnější zjištěná korelace). Z toho vyplývá, že:

H₁ byla přijata.

H₂: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšujícím se věkem zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací.

Pozitivní korelace mezi věkem a CPSF byla prokázána na 5% hladině významnosti ($r=0,245$). Z toho vyplývá, že:

H₂ byla přijata.

H₃: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a poklesem spokojenosti s jejich vlastní prací.

Negativní korelace mezi BQ a RJSB byla prokázána na 1% hladině významnosti ($r= -0,411$). Z toho vyplývá, že:

H₃ byla přijata.

H₄: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se senioritou na oddělení a růstem míry vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.

Pozitivní korelace mezi senioritou na oddělení a BQ nebyla prokázána ani na 1% hladině významnosti, ani na 5% hladině významnosti ($r = -0,019$). Z toho vyplývá, že:

H₄ nebyla přijata.

H₅: Předpokládám, že existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se senioritou ve zdravotnickém zařízení a růstem míry vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.

Pozitivní korelace mezi senioritou ve zdravotnickém zařízení a BQ nebyla prokázána ani na 1% hladině významnosti, ani na 5% hladině významnosti ($r = -0,083$). Z toho vyplývá, že:

H₅ nebyla přijata.

9. Diskuse

Tato práce byla zaměřena na tematiku motivace, resp. pracovní motivace, pracovní spokojenost a syndrom vyhoření u cílové skupiny zdravotnických nelékařských pracovníků, jejichž hlavním představitelem je profese zdravotní sestry. Ve výzkumné části se pracovalo s daty, která byla získána u pracovníků jednoho zdravotnického zařízení v Moravskoslezském kraji. Celkem se jednalo o 76 zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, kteří vyplňovali dotazník BM měřící míru psychického vyhoření a dotazník DSZS měřící dimenze pracovní spokojenosti. Hlavní výsledky plynoucí z výzkumu lze strukturovat do těchto oblastí:

- celkové srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích pracovní spokojenosti navzájem
- rozdělení četností u výsledku v dimenzi spokojenosti s vlastní prací (RJSB)
- rozdělení četností míry vyhoření u zkoumaného souboru
- vzájemné korelace jednotlivých dimenzí a míry vyhoření
- hypotézy a jejich přijetí / nepřijetí.

Co se týče celkového srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích pracovní spokojenosti, resp. dosažených středních hodnot můžeme konstatovat následující:

- nadprůměrnou spokojenost zkoumaného souboru ve všech dimenzích.

Většina dimenzí se pohybuje v pásmu nadprůměru. Všechny kategorie se v relativním pohledu dostaly přes 50% hranici průměru a některé významně více. Mohli bychom říci, že celkově jsou pracovníci daného zařízení nadprůměrně pracovně spokojeni.

- nejvyšších středních hodnot získaly dimenze ZS (81% svého maxima), CPSF (77% svého maxima), VZ (77% svého maxima), BE (77% svého maxima).

Vysvětlení vysokého výsledku u dimenze zdravotního stavu se jednak může opřít o nízký průměrný věk zkoumaného vzorku – 35,5 let, ale také skutečnost, že

zdravotničtí pracovníci se snad více starají o svůj zdravotní stav již z podstaty samotné profese. Tím, že dimenze celková pracovní spokojenost, vztahy na pracovišti a benefity dosáhly vysokých hodnot, ovlivnily celkovou vysokou pracovní spokojenost. (Už jiné dříve zmíněné výzkumy potvrdily důležitost dimenze vztahů na pracovišti).

- nejnižší střední hodnoty dosáhla dimenze OD-PO (59% svého maxima),

Vysvětlení proč právě spokojenost s odměňováním, využíváním kvalifikace a schopností získala v porovnání s ostatními dimenzemi nejnižších středních hodnot není jednoznačné. Můžeme uvažovat o celospolečenských faktorech, kdy zdravotničtí pracovníci upozorňují na své nízké mzdové ohodnocení. Dále pak i faktory regionální, kdy právě v Moravskoslezském kraji bude hrát roli i vyšší míra nezaměstnanosti a horší možnost změnit pracovní místo, kde by pracovník využil lépe svých schopností.

Co se týče rozdělení četností výsledků v dimenzi RJSB můžeme konstatovat následující:

- výrazná většina respondentů – 56 pracovníků (74%) označila výraznou spokojenost, v této úrovni se nachází i střední hodnota souboru

Je možné, že tato dimenze zaměřená na postoje respondentů k vlastní práci (nakolik ji považují za zajímavou a příjemnou, nakolik jsou jí zaujatí, zda je stále uspokojuje, zda ji mají stále rádi) je výrazně spojena s motivací pracovníků. Vlastní hodnoty, resp. potřeby, které hrají roli při výběru povolání zdravotníka, budou relativně stálé charakteristiky jedince, které ovlivní i jeho vlastní spokojenost s touto prací. Dalším možným vysvětlením jsou zjištěné signifikantní korelace s dimenzemi zdravotního stavu (0,257) a vztahů na pracovišti (0,376). Právě tyto dimenze, jak bylo dříve zmíněno, získaly u vzorku vysoké hodnoty spokojenosti, a tudíž mohly sytit i vysoké hodnoty u dimenze RJSB.

Co se týče rozdělení četností výsledků u míry vyhoření, můžeme konstatovat, že:

- většina respondentů – 46 pracovníků (61%) dosáhla uspokojivý výsledek v mezích od 2-2,99 BQ. Této úrovni odpovídá i střední hodnota souboru (2,54 bodu na škále BQ). Zároveň 14 respondentů dosáhlo nejlepšího výsledku a žádný se nenacházel v pásmu havarijním.

Možným vysvětlením tohoto, ve světle vyhoření, relativně dobrého výsledku může být zjištěná signifikantní negativní korelace s dimenzemi ZS (0,433), RJSB (0,411), CPSF (0,335), kdy právě dobrý zdravotní stav, vysoká spokojenost s vlastní prací a celková pracovní spokojenost vytváří dobré předpoklady pro rozvoj efektivních dopingových strategií zvládnání zátěže, které udrží pracovníka mimo ohrožení syndromem vyhoření. Můžeme však také spekulovat, že právě ti zdravotničtí pracovníci, které by zmíněný dotazník označil za nejvíce vyhořelé, neměli z titulu například nezájmu plynoucího z psychického vyhoření, žádnou chuť k vyplnění dobrovolně distribuovaných dotazníků.

Co se týče rozdělení hlavních výsledků zkoumání v oblasti signifikantních korelátů, můžeme kromě již výše zmíněných uvést zejména to, že:

- věk významně koreloval na 5% hladině významnosti pozitivně s CPSF ($r=0,245$) a negativně se ZS ($r= -0,256$).

Se zvyšujícím věkem se tedy ve sledovaném souboru zvyšovala celková pracovní spokojenost a snižovaly flukтуаční tendence a zároveň se snižovalo hodnocení vlastního zdravotního stavu.

- seniorita na oddělení významně negativně korelovala na 5% hladině významnosti s proměnnou ZS ($r= -0,270$).
- kdežto seniorita ve zdravotnickém zařízení již pozitivně korelovala s 5% hladině významnosti ($r=0,255$) s CPSF

Se zvyšujícími se odpracovanými léty ve zdravotnickém zařízení se ve sledovaném souboru zvyšovala celková pracovní spokojenost a snižovaly flukтуаční tendence. Proč toto nelze tvrdit i u seniority na oddělení? Vysvětlením by mohla být skutečnost, že věk koreloval právě s CPSF a ten se mohl projevit výrazněji u seniority ve vztahu k zdravotnickému zařízení, než ve vztahu k oddělení (řada zdravotnických pracovníků pracuje v průběhu své kariéry v jedné nemocnici, ale na různých odděleních).

- vůbec nejvíce signifikantních korelací bylo zjištěno u dimenze CPSF a to: pozitivně korelovala na 1% hladině významnosti s proměnnými VZ ($r=0,415$), RJSB ($r=0,517$) a proměnnou OD-PO ($r=0,297$), negativně s BQ ($r= -0,335$), dále pak na 5% hladině významnosti s věkem ($r=0,245$) a senioritou ve zdravotnickém zařízení ($r=0,255$).

To, že se CPSF ve sledovaném souboru zvyšovala se zvyšující se spokojeností s mezilidskými vztahy a spokojeností s vlastní prací (vůbec jedny z nejsilnějších naměřených korelací), bylo zjištěno i u jiných obdobných výzkumů. Dále se se zvyšující CPSF snižovala míra vyhoření. Tyto tři dimenze můžeme tedy označit za nejvýznamnější faktory, které sytí celkovou pracovní spokojenost zdravotnického pracovníka – spokojenost s vlastní prací, dobré mezilidské vztahy na pracovišti a nepřítomnost psychického vyhoření.

- RJSB kromě již zmíněné nejsilnější korelace s CPSF také pozitivně korelovala na 1% hladině významnosti s proměnnou VZ ($r=0,376$) a se ZS ($r=0,257$), a to na 5% hladině významnosti.

Lze tedy konstatovat, že spokojenost s vlastní prací se zvyšovala u zkoumaného souboru se zvyšující se celkovou pracovní spokojeností, zvyšující se spokojeností s vlastním zdravím. A opět jako tomu bylo u jiných dimenzí, zde hrají roli i mezilidské vztahy na pracovišti. Možným vysvětlením je i skutečnost, že úspěch profese zdravotnického pracovníka a zejména zdravotní sestry je výrazně dán schopností spolupracovat v týmu, jak bylo uvedeno v teoretické části.

- míra vyhoření BQ korelovala na 1% hladině významnosti, a to negativně s CPSF ($r= -0,335$), se ZS ($r= -0,433$), s RJSB ($r= -0,411$) a proměnnou OD-PO ($r= -0,374$). Na 5% hladině významnosti BQ pozitivně korelovala pouze s PP ($r=0,283$).

Můžeme tedy shrnout, že nízká míra psychického vyhoření u zkoumaného souboru je sycena podle významnosti dobrým zdravotním stavem, spokojeností s vlastní prací, spokojeností s odměňováním a uplatněním a celkovou pracovní spokojeností a také nízkou mírou negativních pocitů spojených s péčí o pacienty. Tyto poznatky jsou v souladu s mnohými poznatky, o kterých hovoří Kebza, Šolcová, Křivohlavý a další autoři zmínění v teoretické části.

Co se týče hlavních výstupů v oblasti ověřování hypotéz, můžeme konstatovat, že bylo zjištěno, že:

- existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou spokojenosti s vlastní prací zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací ($r=0,517$ na 1% hladině významnosti, vůbec nejsilnější zjištěná korelace).

Za možné vysvětlení považuji zmíněné důvody v oblasti motivace, hodnot a potřeb. Myslím si, že aby byl člověk schopen dobře vykonávat, resp. vůbec vykonávat profesi zdravotnického pracovníka, musí ho výrazně naplňovat povaha samotné práce. Tato pracovní smysluplnost je poté jedním z výrazných činitelů celkové pracovní spokojenosti.

- existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšujícím se věkem zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací ($r=0,245$ na 5% hladině významnosti)

Byť někteří autoři s obdobnou hypotézou (např.: Melechová, 2007) ji nepotvrdili, naše výsledky ukazují na sice nepříliš silný, ale přesto signifikantní vztah. Částečným vysvětlením může být například skutečnost, že vyšší věk u pracovníka vede k zaměření na pracovní jistotu. V úvahu také přicházejí věkem získané zkušenosti s pracovním trhem v Moravskoslezském kraji a uvědomění si hodnoty, že „vůbec nějakou práci mám“.

- existuje statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a poklesem spokojenosti s jejich vlastní prací ($r= -0,411$ na 1% hladině významnosti)

Jak jsem uvedl v teoretické části, tak vysoká míra vyhoření může mít časté symptomy v oblasti ztráty smysluplnosti vlastní práce a následné ztráty zájmu. To by mohlo být vysvětlením této zjištěné korelace.

10. Závěr

Poznatky získané tímto výzkumem, zjištěná rozdělení četností dimenzí pracovní spokojenosti a míry vyhoření, vzájemné porovnání všech dimenzí a konečně zjištění síly vztahu mezi sledovanými proměnnými nám umožňuje prezentovat výsledky jako zajímavé podklady pro další pochopení motivace zdravotnických pracovníků nelékařských oborů ve zkoumaném zdravotnickém zařízení. Jelikož byl tento výzkum dohodnut s vedením společnosti, jsem přesvědčen, že přispěje ke správnému rozhodování managementu ve věcech, které mohou motivaci zdravotnických pracovníků výrazně ovlivnit. Z mého pohledu se jedná zejména o tyto nejdůležitější zjištění a použitelné poznatky:

- Ve srovnání jednotlivých dimenzí pracovní spokojenosti dosáhly nejvyšších středních hodnot dimenze ZS (81% svého maxima), CPSF (77% svého maxima), VZ (77% svého maxima), BE (77% svého maxima). Všechny tyto dimenze může management zdravotnického zařízení považovat za silné stránky resp. okolnosti, které způsobují, že celková spokojenost zdravotnických pracovníků byla v době výzkumu nadprůměrná. Tuto úroveň mohou udržovat programy na podporu dobrého zdraví, mezilidských vztahů, jakož i další využívání benefitů.
- Nejnižší střední hodnoty dosáhla dimenze OD-PO (59% svého maxima) a zde se nabízí prostor pro zlepšování politiky odměňování, jakož i rozšiřování možností uplatnění kvalifikace a schopností zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.
- V míře vyhoření se střední hodnota souboru držela na 2. nejnižší úrovni, což může být dáno díky dobrým výsledkům v dimenzi ZS, RJSB a CPSF, které signifikantně korelovaly s mírou vyhoření. Přesto lze činit preventivní opatření jako například supervizi, která bude mít za cíl předcházení syndromu vyhoření.
- Nejvíce nejsilnějších korelací na 1% hladině významnosti s celkovou pracovní spokojeností bylo naměřeno u dimenzí VZ ($r=0,415$), RJSB ($r=0,517$) a BQ ($r= -0,335$). Za nejvýznamnější faktory, které sytí celkovou pracovní spokojenost zdravotnického pracovníka v daném zařízení, můžeme označit – spokojenost s vlastní prací, dobré

mezilidské vztahy na pracovišti a nepřítomnost psychického vyhoření. Na podporu všech těchto třech dimenzí lze z hlediska personálního řízení zavádět nejrůznější programy jako například ocenění sestry roku, teambuildingové kurzy či kurzy zvládnání stresu a nácviky relaxačních technik.

Co se týče vyvozování obecných závěrů na úrovni celé cílové skupiny – všech zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, můžeme výsledky této práce, resp. výzkumu použít například pro dílčí podporu jiných obdobných výzkumů. Některé závěry spíše otevírají další otázky. Z mého pohledu by stálo za další výzkum například zjištění:

- Zda věk opravdu významně koreluje s celkovou pracovní spokojeností či nikoli. V mém výzkumu sice vyšla na 5% hladině významnosti pozitivní korelace ($r=0,245$), ale mnozí autoři tuto hypotézu nepotvrzují.
- Zda seniorita ve zdravotnickém zařízení spíše pozitivně koreluje či nikoli s celkovou pracovní spokojeností. Obdobně v mém výzkumu vyšla na 5% hladině významnosti pozitivní korelace ($r=0,255$), byť jinde se o ní autoři nezmiňují.

11. Souhrn

Práce zdravotnického personálu nelékařských oborů, zejména tedy zdravotních sester, pečovatelů, sanitářek, ale i dalších je v dnešní době nelehká. Nesnadnost si můžeme znázornit hned na třech situacích, kdy zdravotnický pracovník stojí takzvaně mezi dvěma mlýnskými kameny. První z nich můžeme nazvat výkon kontra vztahy. Na jedné straně výrazně stresující práce vyžadující maximální výkon - rychlou reakci, soustředění, přesnost, nasazení a na straně druhé schopnost efektivní komunikace, empatie, uklidnění a vytvoření příjemné „léčivé“ atmosféry. Druhou situaci můžeme nazvat lékař kontra pacient. Na jedné straně schopnost dobře vycházet s lékařem, být mu tzv. „levou i pravou rukou“, znát specifika lékařské práce a potřeby svých odborných nadřízených. Na druhé straně umět vycházet s pacientem, zajímat se o jeho potřeby a znát nejrůznější způsoby, jak je zabezpečit. Poslední situaci, ve které se zdravotní sestra nachází, lze zjednodušeně nazvat jako člověk kontra papír. V první řadě jde o pomáhající profesi, kdy na prvním místě je člověk. Na druhé straně je zřejmé, že zvláště poslední doba zvýšila v této profesi nároky na zvládnutí řady byrokratických nároků, provádění nejrůznějších administrativních úkonů, které ubírají čas právě pro práci s člověkem.

Takto nastíněná profese zdravotnického pracovníka je sice zjednodušením, přesto je zřejmé, že se jedná o jednu z nejvíce náročných profesí vůbec. Umění motivovat zdravotnický personál, předcházet syndromu vyhoření a zajistit jeho co možná dlouhodobou pracovní spokojenost, je výzva pro manažery. Proto jsem se v úvodní teoretické části zabýval základním vymezením těchto psychologických fenoménů.

Motivace je velká oblast, která byla zkoumána mnohými badateli, psychology. Popsal jsem několik základních poznatků. Neexistuje jednotná teorie, spíše velké množství různých. Proto jsem se primárně zabýval zúženým pohledem, a to na pracovní motivace, kde jsem uvedl několik poznatků k jejímu vysvětlení – základní teorie, vztah pracovní motivace k výkonu a morálnímu, resp. etickému hledisku.

K tématu pracovní spokojenosti jsem přistoupil tak, že jsem popsal kromě základního vymezení její vztah k pracovní úspěšnosti, intenzitě řízení a strukturovanosti úkolu, opět k výkonu a dalším možným charakteristikám, které by ji mohly ovlivnit.

Závěrem v teoretické části jsem se krátce zabýval stresem a syndromem vyhoření jako tématům, které jsou výrazně spjaty s náročnou profesí nelékařského zdravotnického pracovníka.

Na teoretickou část navazovala část výzkumná. Svým výzkumem na jednom konkrétním zdravotnickém zařízení jsem chtěl přispět k rozpoznání motivačních činitelů a pracovních podmínek, které přispívají k pracovní spokojenosti zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Bylo vybráno jedno zdravotnické zařízení a její pracovníci, kteří pracovali v rámci různých oddělení. Jak píše Ferjenčík, *„adekvátní výběr vzorku je nutnou podmínkou pro to, aby bylo možné usuzovat z lokálního výběrového výzkumu na všeobecné platné zkušenosti.“* (Ferjenčík, 2000, s. 113). Je zřejmé, že náš vzorek k vyvozování všeobecných závěrů příliš adekvátní nebyl. Počet 76 respondentů není nikterak vysoký pro tuto skutečnost. Nicméně pro konstatování závěru na úrovni zkoumané nemocnice považuji vzorek za dostatečný.

Pro výzkum, resp. sběr dat jsem zvolil dotazníkové šetření. Pro cílovou skupinu jsem připravil jednu sadu dotazníků, která se skládala z dotazníku BM, měřícího míru psychického vyhoření, a komplexního dotazníku DSZS, který měřil hned několik dílčích dimenzí pracovní spokojenosti. Při sběru dat jsem zvažoval i etické parametry. Z tohoto hlediska nepředpokládám žádné problémy. Participanti byli upozorněni na anonymitu tohoto výzkumu a na to, aby nikde nevyplňovali své jméno. Ze statusových dat vyplňovali pouze svůj věk, pracovní zařazení, název oddělení, kde pracují, rodinný stav, počet dětí, počet let práce na oddělení, počet let práce ve zdravotnickém zařízení a průměrný čistý měsíční příjem. Zároveň byli informováni, že celý výzkum byl dobrovolný. (Ke každému dotazníku byla přiložena informace objasňující postup jeho vyplnění. Zároveň bylo u každého dotazníku ujištění o anonymitě a poděkování za jeho vyplnění.) Výzkum byl taktéž projednán s hlavním manažerem ošetřovatelství ve zdravotnickém zařízení, pod něhož organizačně spadali všichni oslovení participanti.

Za hlavní výstupy mého výzkumu považuji tato zjištění:

Ve srovnání jednotlivých dimenzí pracovní spokojenosti dosáhly nejvyšších středních hodnot dimenze zdravotního stavu, celkové pracovní spokojenosti a flukтуаčních tendencí, vztahů na pracovišti a poskytovaných benefitů. S těmito byl soubor nejvíce spokojen.

Naopak nejnižší střední hodnoty dosáhla dimenze odměňování, uplatnění kvalifikace a schopností zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, kteří s ní byli nejméně spokojeni (byť to byla spokojenost vyjádřená na škále stále mírně nad průměrně možným hodnocením).

V míře vyhoření se střední hodnota souboru držela na 2. nejnižší úrovni, což je pro zdravotnické zařízení a jejich pracovníky dobrý výsledek. Může to být vysvětleno i dobrými výsledky v dimenzi ZS, RJSB a CPSF, které signifikantně korelovaly s mírou vyhoření.

Záměrně byla sledována dimenze celková pracovní spokojenost a flukтуаční tendence, ke které se zjistilo i nejvíce nejsilnějších korelací. Vůbec nejsilnější zjištěná pozitivní korelace byla s dimenzí spokojenost s vlastní prací, dále pak se vztahy na pracovišti a negativní korelace s mírou psychického vyhoření. Tyto tři dimenze mohou být označeny za nejvýznamnější faktory, které sytí celkovou pracovní spokojenost zdravotnického pracovníka v daném zařízení.

Co se týče hlavních výstupů v oblasti ověřování hypotéz, můžeme konstatovat, že byla potvrzena statisticky významná souvislost mezi zvyšující se mírou spokojenosti s vlastní prací zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací.

Dále pak byla potvrzena statisticky významná souvislost mezi zvyšujícím se věkem zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a růstem jejich celkové pracovní spokojenosti a snižující se fluktuací.

Jako poslední potvrzenou statisticky významnou souvislost můžeme uvést vztah mezi zvyšující se mírou vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a poklesem spokojenosti s jejich vlastní prací.

Další dvě hypotézy o statisticky významné souvislosti mezi zvyšující se senioritou na oddělení a růstem míry vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů ani o souvislosti mezi zvyšující se senioritou ve zdravotnickém zařízení a růstem míry vyhoření zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, nebyly potvrzeny.

Doufám, že dílčí výsledky mohou být využity pro podporu dalších obdobných výzkumů, resp. k hledání odpovědi na mnohé otázky související s pracovní spokojeností zdravotnických pracovníků nelékařských oborů jako skupiny, jejíž práce částečně ovlivňuje, dle mého názoru, spokojenost naší společnosti.

SEZNAM LITERATURY

Bártlová, Sylva. (1996). Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Vydání 3., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Bartlová,S.(2005). Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha: Grada.

Baštecká, Bohumila, Goldmann, Petr. (2001). Základy klinické psychologie. Vydání 1. Praha: Portál.

Ferjenčík, Ján. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Vydání 1., Praha: Portál

Hárdi, István. (1972). Psychologie péče o nemocného. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.

Hartl, Pavel; Hartlová, Helena; Psychologický slovník; Nakladatelství Portál; vydání 1., Praha 2000.

Hewstone,M.,Stroebe,W.(2009). Sociální psychologie. Praha: Portál.

Chalupová, Monika. (2009). Syndrom vyhoření a pracovní spokojenost u zdravotních sester. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

Jobánková, Marta a kol. (2000). Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Vydání 1., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně

Jůn, Hynek. (2010). Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách. Vydání 1., Praha: Portál.

Kallwass, Angelika. (2007). Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Vydání 1., Praha: Portál.

Kebza, Vladimír. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Vydání 1., Praha: Academia

Koontz, Harold. a Weihrich, Heinz. (1993). Management. Vydání 1., Praha: Victoria publishing.

- Křivohlavý, Jaro, Pečenková, Jaroslava. (2004). Duševní hygiena zdravotní sestry. Vydání 1., Praha: Grada.
- Křivohlavý, Jaro. (1998). Jak neztratit nadšení. Vydání 1., Praha: Grada.
- Křivohlavý, Jaro. (2003). Psychologie zdraví. Vydání 1., Praha: Portál.
- Křivohlavý, Jaro. (2004). Pozitivní psychologie. Vydání 1., Praha: Portál.
- Melechová, Jana. (2007). Spokojenost s prací a jejím kontextem u zdravotních sester. Magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Miovský, Michal. (2004). Diplomové práce v oboru psychologie. Vydání 1., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Nakonečný, Milan. (2004). Psychologie téměř pro každého. Vydání 1., Praha: Academia.
- Nakonečný, Milan. (2005). Sociální psychologie organizace. Vydání 1., Praha: Grada.
- Niermeyer, Rainer a Seyffert, Manuel. (2005). Jak motivovat sebe a své spolupracovníky. Vydání 1., Praha: Grada.
- Pacovský, Vladimír; Sucharda, Petr. (2002). Úvod do medicíny. Vydání 1., Praha: Karolinum, Univerzita Karlova.
- Plhánková, Alena. (2004). Učebnice obecné psychologie. Vydání 1., Praha: Academia.
- Polášková, Jana. (2008). Motivace a syndrom vyhoření zdravotních sester – bakalářská práce. Olomouc: FF UP.
- Provazník, Vladimír a kol. (1997). Psychologie pro ekonomy. Vydání 1., Praha: Grada
- Reiterová, Eva. (2004). Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie. Olomouc: FF UP.
- Rue, Leslie W., Byars, Lloyd L.. (1992). Management: Skills and Application. Vydání 6., Boston, USA: IRWIN, INC.

Růžička, Jiří. (1995). Motivace pracovního jednání. Vydání 2., Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze

Řehan, Vladimír. (2007). Sociální psychologie 1 a Sociální psychologie 2. Studijní texty pro kombinované studium. Vydání 1., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Šamánková, Marie a kol., (2002). Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult. Vydání 1., Praha: Karolinum, Univerzita Karlova.

Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., Hoskovec, J. (2003). Psychologie ve světě práce. Praha: Karolinum.

Trachtová, Eva a kol. (1999). Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Vydání 1., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Wilkinson, Greg. (2001). Stres. Informace a rady lékaře. Vydání 1., Praha: Grada

Zacharová, Iva, Hermanová, Miroslava, Šrámková, Jaroslava. (2007). Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení. Vydání 1., Praha: Grada.

Časopisy:

Beňadíková, Daniela; Rapčíková, Tatiana. (2009). Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. Sestra – odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky, roč. 2009, č.12.

Gulášová, Ivica; Breza, Ján. (2010). Základné oblasti etického prístupu lekára a sestry k pacientovi v chirurgických oboroch. Diagnóza v ošetřovatelství, roč. VI, č.1.

Kebza, Vladimír, Šolcová, Iva. (1998). Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. Československá psychologie, roč. 42, č.5.

Kozoň, Vlastimil; Hanzalíková, Alžběta a kol. (2010). Profesionální ošetřovatelství a pojmy v ošetřovatelském povolání. Sestra – odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky, roč. 2010, č.1.

Kristová, Jarmila; Musilová, Eva. (2009). Dimenzionální koncept sesterského povolání. *Sestra – odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*, roč. 2009, č.10.

Šeblová, J., Kebza, V., Vígnerová, J.. (2007). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v ČR. *Československá psychologie* 2007, roč.51, č. 4, s.404-416.

Vymětal, J. (1997). Psychické procesy, imunita a psychoterapie. *Československá psychologie*, ročník 41, č.2.

Elektronické zdroje:

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, Zdroj:

http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf (19.2.2011, 14:40).

Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků, Zdroj:

<http://www.cnaa.cz/kodex-profesionalniho-chovani> (19.2.2011, 14:53).

Poncet, Cecile Marie at al. (2006). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 175. pp. 698-704, Zdroj: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/abstract/175/7/698?etoc> (26.2.2011, 20:02).

Laschinger, Heather K. Spence at al., (2003). Workplace Empowerment as a Predictor of Nurse Burnout in Restructured Healthcare Settings. *Healthcare Quarterly, Longwoods Review*. 6(4) 2003.

Zdroj:<http://www.longwoods.com/content/17242> (26.2.2011, 21:47).

Edgar, Linda. (1999). Nurses' Motivation and its Relationship to the Characteristics of Nursing Care Delivery Systems: A Test of the Job Characteristics Model.

Nursing Leadership, 12(1) 1999: s. 14-22. Zdroj:

<http://www.longwoods.com/content/19067> (26.2.2011, 23:40).

Lambrou, Persefoni, Kontodimopoulos, Nick, Niakas, Dimitris. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital.

Human Resources for Health 2010, 8:26. Zdroj: <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/26> (27.2.2011, 20:30).

Krogstad, Unni, Hofoss, Dag, Veenstra, Marijke, Hjortdahl, Per. (2006). Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals:

relevance for micro unit culture. Human Resources for Health 2006, 4:3. Zdroj: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/3> (27.2.2011, 22:15).

Mf DNES. Šrámková, Jitka. (2011). Článek - Jsme rukojmí lékařů, nařikají zdravotní sestry. Zdroj: <http://zpravy.idnes.cz/mfdnes.asp> (12.01.2011, 07:19).

Parlamentní listy. (2011). Článek - Sestry se mstí. Zdroj: <http://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/190011.aspx> (25.2.2011, 22:26)

ČTK. (2010). Článek - Sestry vyhání z nemocnic špatné pracovní klima, někdy i peníze. Zdroj: www.ceskenoviny.cz – zpravodajský portál ČTK (22.10.2010, 16:39)

Česká asociace sester. (2011). Prohlášení. Zdroj: http://www.cna.cz/docs/aktuality/prohlaseni_memorandum_2011.pdf (1.3.2011, 22:58)

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Příloha 2 – Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků

Příloha 3 – Etický kodex práva pacientů

Příloha 4 – Použité dotazníky (BM a DSZS)

Příloha 5 – Abstrakt bakalářské práce / Abstract of Bachelor work

Příloha 6 – Kopie zadání bakalářské diplomové práce